



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE VAN A SER
HISTERECTOMIZADAS. SALA SANTA CECILIA DEL HOSPITAL
GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR.
DESDE OCTUBRE 2011 HASTA ABRIL DEL 2012.**

PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

LICENCIADA DE ENFERMERÍA

ELABORADO POR:

MARIBEL DIOSELINA BARZOLA JIMÉNEZ

GUAYAQUIL, JULIO DE 2012



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CERTIFICACIÓN

**Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Sra.
Barzola Jiménez Maribel Dioselina como requerimiento parcial para la
obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Guayaquil, julio 9 del 2012

**DIRECTORA
LCDA. ROSA MUÑOZ**

**REVISADO POR
LCDA. ANA GONZALES**

**RESPONSABLE ACADÉMICO
LCDA. NORA CARRERA ROJAS**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

BARZOLA JIMÉNEZ MARIBEL DIOSELINA

DECLARO QUE:

El proyecto de grado denominado “Consejería de enfermería a pacientes que van a ser histerectomizadas. Sala Santa Cecilia del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Desde Octubre 2011 hasta Abril del 2012”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las paginas correspondientes, cuyos fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaratoria, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Guayaquil, julio 9 del 2012

LA AUTORA

BARZOLA JIMÉNEZ MARIBEL DIOSELINA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, BARZOLA JIMÉNEZ MARIBEL DIOSELINA

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la institución del proyecto titulado: “Consejería de enfermería a pacientes que van a ser histerectomizadas. Sala Santa Cecilia del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Desde Octubre 2011 hasta Abril del 2012”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Guayaquil, julio 9 del 2012

LA AUTORA

BARZOLA JIMÉNEZ MARIBEL DIOSELINA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, quien me ha guiado durante todo este tiempo y me ha dado fortaleza y sabiduría para seguir adelante, a mi esposo Francisco Segura, mis hijos: Harleth, Josué por su amor y comprensión porque representan mi fuente de inspiración y mi principal apoyo para seguir esforzándome día a día y querer alcanzar las metas más grandes y derribar los obstáculos de mayor dificultad, solo por darles ejemplo, para que ellos también se superen en el futuro inmediato, continúen y se mantengan por el camino de la excelencia.

Maribel Dioselina Barzola Jiménez

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, por que guía e ilumina mi camino y lo colma de bendiciones, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer a mi familia, a Francisco mi esposo por su apoyo incondicional y comprensión siendo un pilar fundamental en mi vida y en la culminación de mi carrera, mis hijos Harleth y Josué quienes han sido fuente de motivación para seguir adelante.

A mi madre quien me apoyo incondicional cuando más lo necesite

A mi Asesora de mi Tesis, por su dinamismo y conocimiento, así como a la Directora de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Lcda. Nora Carrera Rojas, por su participación destacada en el Seminario previo a la tesis.

A un amigo especial, que contribuyó para que me destaque con una profesional de enfermería.

A mis compañeros de estudio que pusieron su granito de arena en esta Tesis de Grado.

Maribel Dioselina Barzola Jiménez

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
PLANEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U	
OBJETO DE ESTUDIO	3
Contextualización del tema u objeto de estudio	4
OBJETIVOS	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
MARCO REFERENCIAL.	6
MARCO TEÓRICO.	6
MARCO LEGAL.	7

CAPÍTULO I

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

1.1. Aparato Reproductor Femenino.	8
1.2. Partes del aparato reproductor femenino.	8
1.3. Órganos genitales internos.	8
1.3.1. Útero.	8
1.3.2. Trompa de Falopio.	11
1.3.3. Vagina.	11
1.3.4. Ovario.	12
1.3.5. Órganos genitales externos.	12
1.4. Fisiología del Aparato Genital Femenino.	12

CAPÍTULO II

ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

2.1. Endometriosis.	17
---------------------	----

2.2.	Hemorragia uterina anormal.	19
2.3.	Hiperplasia endometrial.	19
2.4.	Prolapso uterino.	20
2.5.	Quistes ováricos.	21
2.6.	Enfermedad pélvica inflamatoria.	21

CAPÍTULO III

HISTERECTOMÍA.

3.1.	Conceptos.	23
3.2.	Breve reseña histórica.	24
3.3.	Tipos de histerectomía.	25
	3.3.1. <i>Completa o total.</i>	26
	3.3.2. <i>Parcial o subtotal.</i>	26
	3.3.3. <i>Radical.</i>	27
3.4.	Efectos de la histerectomía.	27
	3.4.1. <i>Efectos físicos.</i>	28
	3.4.2. <i>Efectos emocionales.</i>	28
	3.4.3. <i>Efectos en las relaciones sexuales.</i>	29
	3.4.4. <i>Ansiedad.</i>	29
	3.6.4.1 <i>Tipos de Ansiedad.</i>	30
	3.6.4.2 <i>Factores que predisponen la Ansiedad.</i>	31
	3.6.4.3 <i>Reacciones psicofisiológicas durante la ansiedad.</i>	32
	3.6.4.4 <i>Manifestaciones psicológicas durante la Ansiedad.</i>	34
3.5.	Pronóstico.	34

CAPÍTULO IV

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDAS CON HISTERECTOMÍA.

4.1.	Consejería de Enfermería.	36
------	---------------------------	----

4.1.1. <i>Ámbitos de aplicación de la consejería.</i>	36
4.1.2. <i>Tipos de consejería.</i>	36
4.1.3. <i>Fases de las actividades de consejería.</i>	38
4.1.4. <i>Beneficios de las actividades de consejería.</i>	40
4.2. Teoría de enfermería.	40
4.3. Rol de la enfermera como educadora.	41
4.4. Guía de consejería de enfermería a pacientes que van a ser sometidas a histerectomía.	44
HIPÓTESIS.	62
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	63
Métodos de investigación.	63
Población y muestra.	63
Técnica de recogida de datos.	63
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.	64
CONCLUSIONES.	84
RECOMENDACIONES.	85
VALORACION CRÍTICA DE LA INVESTIGACION.	86
BIBLIOGRAFÍA.	89
ANEXOS.	91

ABREVIATURA

A/R: Ansiedad / Rasgo

°C: grado centígrado

cm: centímetros

DIU: Dispositivos anticonceptivos intrauterinos

EPI: Enfermedad pélvica inflamatoria

FSH: Folículoestimulante

l: litros

LH: Luteinizante

LTH: Prolactina

m²: metros cuadrados

ml: mililitros

mm: milímetros

NPO: Nada por vía oral

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAE: Proceso de Atención Enfermería

PE: Proceso de Enfermería

TEMA: “CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE VAN A SER HISTERECTOMIZADAS. SALA SANTA CECILIA DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. DESDE OCTUBRE 2011 HASTA ABRIL DEL 2012”.

Autora:

Maribel Dioselina Barzola Jiménez.

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito analizar la consejería en enfermería a pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía en la Sala Santa Cecilia del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor, en el periodo de Octubre 2011 a Abril de 2012, debido a que se observaron 1.037 intervenciones quirúrgicas durante el año 2011; para el efecto, se utilizó la investigación analítica y descriptiva, empleando como instrumento de investigación la encuesta dirigida a las pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía, identificándose que las principales causas para el agravamiento del estado de ansiedad y depresión de estas pacientes previo a la cirugía, se refiere al desconocimiento de los efectos secundarios post – quirúrgicos por parte de las usuarias, quienes no están recibiendo la consejería especializada en este tipo de intervenciones, debido a que el personal de enfermería no dispone de una guía que oriente la atención en estos casos. Por este motivo, se propone la elaboración de una guía de consejería de enfermería para que el personal de enfermería pueda orientar sus intervenciones, informando y educando a las pacientes que van a ser sometidas a las intervenciones de histerectomía, de manera que ellas puedan mejorar su estado anímico, evitando la ansiedad, disminuyendo los efectos secundarios, evitando creer en mitos, para una exitosa intervención quirúrgica y el mantenimiento de una buena calidad de vida, después de la misma.

Palabras claves: Consejería de enfermería, Histerectomía, Ansiedad, Guía de consejería, Alivio de la Ansiedad.

TEMA: “INFIRMARY COUNCILOR TO PATIENTS WHICH ARE WILL INTERVENTION TO HYSTERECTOMY IN THE CECILIA SANTA HALL TO THE OBSTETRIC GYNECOLOGY HOSPITAL ENRIQUE C SOTOMAYOR, IN THE PERIOD OCTOBER 2011 TO APRIL 2012”.

Autora:

Maribel Dioselina Barzola Jiménez.

ABSTRACT

The object de present research is to analyze the infirmary councilor to patients which are will intervention to hysterectomy in the Cecilia Santa hall to the Obstetric Gynecology Hospital Enrique C Sotomayor, in the period October 2011 to April 2012, because was observant 1037 surgical intervention in the years 2011; for effect it is used the analytic descriptive research, with camp mode, used with investigative instrument the opinion poll, to the girls which are will surgical intervention to hysterectomy; it was identify which the causes principals for the disease aggravation of the depressive and anxiety state of these patients before surgery, is caused for the knowledge lack o the patients of the secondary effect post surgical, because they are not receiving the specialty infirmary councilor in the aspects of the surgical intervention of the hysterectomy, because the infirmary personal not have an interventions guide for the infirmary councilor to patients which are will intervention to hysterectomy. For this reason, was proposal the elaborate of the interventions guide for the infirmary councilor to patients which are will intervention to hysterectomy, for which the infirmary personal orient yours interventions, educating and informing to the patients which are will intervention to hysterectomy, for motivates and anxiety reducing, for the surgical intervention exit and the maintenance of the quality life post surgical to the hysterectomy.

Key words: Infirmary Councilor, Hysterectomy, Anxiety, Intervention Guide, Anxiety alleviation.

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del útero son una de las afecciones que ha incidido en el deterioro de la salud de la población femenina a nivel mundial, las cuales a su vez han sido causa de histerectomía.

La histerectomía significa sacar por corte, es decir, es la extracción del útero o matriz, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica, resultando en esterilidad o inhabilidad para embarazarse. Puede realizarse a través del abdomen o la vagina.

Las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía, pueden experimentar sentimientos de inferioridad frente a otras mujeres que no han pasado por esta operación, una perturbación en su vida sexual con su pareja y en su satisfacción plena como mujer.

Los sentimientos de inferioridad le pueden ocasionar gran angustia a este grupo de mujeres, por eso ellas se resisten a practicarse la intervención, sintiendo temor al principio, pero resignándose después, lo que les lleva a deprimirse por su postrera condición de inferioridad, en la que creen van a quedar.

Sin embargo, para algunas mujeres la resección del útero no implica mayores consecuencias emocionales y representa un gran alivio para las que han sufrido menstruaciones dolorosas y prolongadas y otros síntomas.

Por esta razón, será de vital importancia el desarrollo de la presente investigación, para promover el cumplimiento del rol del personal de enfermería, mediante la consejería especializada en el tema, para evitar el desmejoramiento del estado de salud de las usuarias, quienes por desorientación pueden llegar con un estado de ánimo muy bajo.

Esto significa que son necesarios los cuidados para contribuir a la mejora del estado anímico y de salud de las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía.

Las técnicas de investigación que se han utilizado en la presente investigación, son la encuesta y la observación directa, las cuales son instrumentos que serán dirigidos a las usuarias del servicio, con el propósito de conocer si éstas últimas están recibiendo la consejería adecuada previo y posterior a la intervención quirúrgica, señalando además, su grado de conocimiento acerca de la histerectomía, para el planteamiento de una propuesta de elaboración de una guía para la atención a pacientes que van a ser intervenidas con este tipo de cirugía, que permita mejorar el estado anímico y psicológico de las pacientes.

El alto porcentaje de pacientes que se realizan anualmente la histerectomía, que sufren de ansiedad y de trastornos emocionales, porque no están recibiendo la consejería de enfermería apropiada, motivaron la realización de la presente investigación.

2. PLANEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

Las estadísticas de enfermedades del útero han ido incrementándose en tasas superiores al 3%, según un informe de la Organización Mundial de la Salud, que data del año 2010. También se ha puesto de manifiesto que el 18% de mujeres con enfermedades del útero culminan con la intervención de la histerectomía, en el mundo, siendo su prevalencia mayor en Latinoamérica. Otro registro de la OMS, señala que solo el 12% de las histerectomías realizadas, no debieron ejecutarse.

En el Ecuador las estadísticas también son alarmantes, porque el 24% de mujeres que fueron afectadas con enfermedades del útero, han sido intervenidas quirúrgicamente con histerectomía, siendo el Hospital Gineco Obstétrico ubicado en la ciudad de Guayaquil, el que mayor número de intervenciones de este tipo ostenta, con 1.037 mujeres que se practicaron la histerectomía durante el año 2011, según un registro del Departamento de Estadísticas del centro hospitalario, siendo la hemorragia del útero y la endometriosis (que participan con el 35%), las principales causas para el diagnóstico de la intervención con histerectomía.

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor que pertenece a la Honorable Junta de Beneficencia provee atención preventiva en: Salud Sexual, reproductiva medicina perinatal y neonatal. En el Área de Consulta externa funcionan 9 consultorios para atender a las usuarias con diferentes diagnósticos como: fibromas uterinos, endometriosis, quiste de ovarios, prolapso vaginal, cáncer de cuello uterino.

Las pacientes que ingresan deben cumplir con el proceso de admisión que exige la institución que son: examen de laboratorio, electrocardiograma, ecografía, 2 unidades de sangre un bono económico, siendo derivadas a hospitalización en la sala Santa Cecilia donde se proporcionan el cuidado enfermero las 24 horas en diferentes turnos. El área física de esta sala tiene capacidad para receptor 28 usuarios, las pacientes hospitalizadas mayores de 40 años cumplen el pre operatorio de 24h00 a 48h00 para ser programadas quirúrgicamente de histerectomía.

Es en esta Sala donde he observado la repuesta humana de estas usuarias al conocer el tipo de cirugía que le van a realizar, evidencian temor, llanto, ansiedad, depresión, en muchas ocasiones porque las pacientes que van a ser intervenidas con histerectomía desconocen los cambios anatómicos y fisiológicos que tendrán después la intervención, como por ejemplo el cese de la menstruación, piensan que no podrán realizar ejercicios físicos, que no van a cumplir con su pareja sexualmente ya que en la sala solo reciben cuidados generales y no especializados ni personalizados.

Las consecuencias del problema que atraviesan las pacientes que van a ser intervenidas con histerectomía, se traducen en un malestar psicológico.

Por ello es necesaria la participación de la pareja en los cuidados pre y pos operatorio de este tipo de intervención pues mediante un adecuado nivel de información se pueden mejorar los rendimientos sexuales después de la intervención, que muchas veces están afectados por los mitos, desconocimiento y falacias.

Por ello se formula la siguiente pregunta: **¿El desconocimiento y falta de consejería de enfermería será la causa de Ansiedad Emocional de las usuarias que van a ser intervenidas de histerectomía?**

Contextualización del tema u objeto de estudio. – La intervención quirúrgica conocida como histerectomía, que consiste en la extracción del útero, se la realiza como medida de precaución para evitar que la paciente se complique su salud con alguna enfermedad peligrosa como el cáncer del útero, que la puede llevar a la muerte.

Sin embargo, se asocian a esta intervención quirúrgica muchos males por parte de las propias usuarias, sus familiares y círculo de amistades, el mayor de ellos se refiere a la vida sexual con sus parejas, que según sus creencias ya no podrán tenerla.

Por lo tanto, es necesario el cuidado y la orientación de las pacientes, para que conozca con mayores argumentos, qué es la histerectomía, por qué se la práctica, cuáles son sus ventajas y desventajas, e inclusive las recomendaciones para llevar una vida normal después de la histerectomía, dado que es importante que una paciente que va a realizarse este tipo de intervención quirúrgica, acceda al quirófano con un nivel de ánimo estable, para evitar complicaciones durante la misma.

3. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Analizar la calidad de consejería en enfermería que se proporciona a las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar si se da consejería de enfermería a las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía y el tipo de consejería que se proporciona.
- Evaluar con qué frecuencia se brinda consejería.
- Determinar el nivel de conocimiento que tienen las usuarias sobre sus actividades sexuales post – histerectomía.
- Elaborar una guía educativa para las pacientes que van a ser sometidas a una histerectomía.

4. MARCO REFERENCIAL

El presente proyecto investigativo no tiene relación con ningún otra investigación, para lo cual se realizó una búsqueda de antecedentes en la Biblioteca de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil y en otros establecimientos de Educación Superior del país, sin haber hallado otro proyecto semejante, debido a que es la primera vez que se realiza una investigación de esta magnitud en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C Sotomayor de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Los trabajos de investigación referido a pacientes que sufren de ansiedad y estados depresivos previo a la intervención quirúrgica y la consejería que debe proporcionar el personal de enfermería, se pueden encontrar tanto en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil como en otras universidades estatales y privadas del país, pero referidos a una consejería general pero no específica inherente a la histerectomía, además que no tienen ninguna relación con el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C Sotomayor de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Por lo expuesto, dejamos constancia que la investigación presentada en este proyecto es de propiedad exclusiva de la autora, quien ha sido autorizada por el Director del centro hospitalario.

5. MARCO TEÓRICO

El marco teórico es un compendio de teorías, investigaciones y antecedentes en general, que se considerarán válidos para la correcta delimitación de la investigación referente a la consejería para las pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía.

Para el efecto, se presentan los siguientes capítulos, los contenidos de la histerectomía, consejería de enfermería, ansiedad y otras variables que intervienen en la presente investigación.

6. MARCO LEGAL

El marco legal correspondiente a las pacientes que van a ser histerectomizadas, se presenta a continuación:

Constitución de la República

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

CAPÍTULO I

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

1.1. Generalidades del Aparato Reproductor Femenino

Botella, Lluís, 1997, señala:

El aparato reproductor femenino es el grupo de órganos necesarios o accesorios para los procesos de la reproducción. Las unidades básicas de la reproducción sexual son las células germinales masculinas y femeninas. Este artículo se ocupa de los órganos donde maduran y se almacenan las células, de los órganos a través de los cuales son transportadas en el proceso de la concepción de un nuevo ser y de los órganos glandulares accesorios.¹ (Pág. 80).

Consta de varios órganos que, por su posición se clasifican en dos grupos: órganos genitales internos y órganos genitales externos.

1.2. Partes del aparato reproductor femenino

Se considera órganos genitales internos, al útero, trompa de Falopio, la vagina y el ovario. Mientras que los externos corresponden a la vulva.

1.3. Órganos genitales internos

1.3.1. Útero.

Ortiz, H. Rague, Marti J. Foulkes B, 1994, expresa:

El útero es un órgano muscular, impar y medio, hueco, situado detrás de la vejiga y delante del recto, en forma de pera, extraperitoneal, situado en la pelvis mayor de la mujer, que cuando adopta la posición en anteversión se apoya sobre la vejiga

¹ Botella, Lluís (1997), Tratado de Ginecología, Tomo I, Fisiología Femenina, Barcelona – España: Editorial Científico Médica, Undécima Edición. Pág. 80.

uterina por delante, estando el recto por detrás. Situado entre la vagina y las trompas de Falopio, siendo el de mayor importancia en aparato reproductor femenino; aloja a la blástula, que se implanta en el endometrio, dando comienzo a la gestación, que en la especie humana dura unos 280 días.”² (Pág. 96).

Estructura Anatómica. – El útero consta de las siguientes partes: un cuerpo uterino, una base o fondo, un cuello o cérvix y una boca. El útero es un órgano hueco con tres orificios, dos superiores en donde se implantan las trompas (orificios tubáricos) y uno inferior (orificio cervical interno) que se continúa con la luz del cuello uterino que, a través del orificio cervical externo (región del portio), se continúa con la luz de la vagina. La luz del cuello recibe el nombre de canal cervical, y la parte más elevada del cuerpo uterino se llama fondo uterino

Está suspendido en la pelvis y se coloca con la base dirigida hacia arriba y hacia adelante, y el cuello dirigido un poco hacia atrás. Está conectado con la vagina por medio del cérvix; en cada uno de sus lados hay un ovario que produce óvulos o huevos que llegan a él a través de las trompas de Falopio. Cuando no hay embarazo, el útero mide 7,6 cm de longitud, 5 cm de anchura y 2,5 cm de grosor. Durante la gestación, el óvulo fecundado se implanta en el revestimiento uterino, donde crece hasta alcanzar la madurez. Las paredes del útero son elásticas y se estiran durante el embarazo para albergar al feto en crecimiento. Aunque el útero es un órgano muscular posee un revestimiento de material glandular blando que durante la ovulación se hace más denso, momento en el cual está listo para recibir un óvulo fecundado. Si no se produce la fecundación, este revestimiento se expulsa durante la menstruación.

El útero está formado por dos zonas anatómico y funcionalmente distintas que son:

- El **cuerpo uterino**, al que están unidas por los lados las trompas de Falopio. Está separado del cuello uterino o cérvix por el istmo uterino.

² Ortiz, H. Rague, Marti J., Foulkes B. (1994). Indicaciones y Cuidados de la histerectomía. Buenos Aires: Editorial Nouwelaerts. Décima Edición. Pág. 96.

- El **cuello o cérvix uterino** se comunica con el istmo en su extremo superior, mientras que el extremo inferior termina haciendo protusión en la porción superior de la vagina, lo que viene en denominarse *portio u hocico de tenca*. El orificio cervical externo mediante el cual el cervix desemboca en la vagina, adquiere diferente forma según la paridad, evento que puede visualizarse mediante la colposcopia, o examen cervical directo.

El útero está recubierto parcialmente por peritoneo en el fondo uterino, en su porción más posterosuperior. Por los lados presenta los ligamentos redondos y por delante a la vejiga.

La pared del útero presenta a la sección tres capas de células que son de fuera a dentro:

- Serosa o **Perimetrio**, corresponde al peritoneo en la parte posterosuperior, y al tejido laxo que se extiende por los lados del útero en lo que se denomina parametrios.
- Miometrio, formado principalmente por tejido muscular liso. La capa más interna del miometrio es una zona de transición que se engruesa en la adenomiosis.
- Endometrio, es una capa mucosa especializada que se renueva en cada ciclo menstrual de no haber fecundación. Es la porción derramada durante la menstruación o *período* a lo largo de los años fértiles de la mujer. En otros mamíferos el ciclo menstrual puede estar separado uno del otro por varios días y hasta seis meses.

El útero está sostenido principalmente por el diafragma pélvico y el diafragma urogenital. Secundariamente, recibe sostén de ligamentos y el peritoneo por mediación del ligamento ancho del útero.

Está estructurado histológicamente en tres capas: primero la túnica interna mucosa o endometrio que varía su morfología de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual; segundo la túnica muscular intermedia o miometrio; y tercero la túnica

externa cerosa o parametrio. El útero tiene como función primordial albergar al óvulo para nutrirlo y protegerlo en sus estadios de embrión y feto.

Si la mujer queda embarazada, el óvulo ya fecundado se mueve hasta el útero, donde se adhiere al endometrio. Si no queda embarazada, el endometrio y el óvulo no fecundado se eliminan a través de la vagina durante la siguiente menstruación de la mujer.

1.3.2. Trompa de Falopio

Tucker, 2011, señale:

La trompa de Falopio es el conducto que se extiende desde el ovario al útero. Diferenciamos en él las siguientes partes: la intramural, situada en el espesor de la pared uterina; la ístmica, de 2 a 3 cm.; la ampolla, más dilatada que se continúa con el infundíbulo, de corte irregular y recortado que forma las fimbrias que se adaptan al ovario como si lo abrazaran.”³ (Pág. 111).

Una de estas fimbrias que se adhiere al ovario recibe el nombre de franja ovárica de la trompa. La trompa uterina cumple una doble función: conducir al ovocito del ovario hasta el útero y ser el receptáculo para la fecundación.

1.3.3. Vagina

Ortiz, H. Rague, Marti J. Foulkes B, 1994, expresa:

La vagina es un tubo impar y medio que va desde el cuello uterino hasta la vulva, dirigido de arriba abajo y de atrás hacia adelante. El límite entre la vagina y la vulva lo constituye un repliegue, el himen. A cada lado de la abertura externa de la vagina hay dos glándulas de medio milímetro, llamadas de Bartolino, secretoras de un mucus que lubrica en la copulación.”⁴ (Pág. 104).

³ Tucker (2011). Normas de Cuidado del Paciente. España: Editorial Oceano. Sexta Edición. Pág. 111.

⁴ Ortiz, H. Rague, Marti J., Foulkes B. (1994). Indicaciones y Cuidados de la histerectomía. Buenos Aires: Editorial Nouwelaerts. Décima Edición. Pág. 104.

La función de la vagina es recibir el pene en el coito y dar salida al feto en el momento del parto, así como expulsar el contenido menstrual.

1.3.4. Ovario

El ovario es un órgano par (ovario izquierdo y ovario derecho) con forma de almendra situado en la pequeña pelvis, unido a la cara dorsal de los ligamentos anchos mediante el mesovarium.

Se distinguen en él dos estructuras: una cortical y otra medular. La cortical es la más importante debido a que está compuesta por los folículos ováricos, los cuales contienen un ovocito (óvulo) cada uno, en distinto grado de maduración. El ovario es la glándula sexual femenina formadora de las células aptas para la reproducción. Los folículos más pequeños, con ovocitos inmaduros, son los primarios que pasan a ser folículos de Graaf al madurar, cuando son capaces de expulsar fuera del ovario al ovocito ya maduro. Este momento recibe el nombre de ovulación. El folículo que ha eliminado al óvulo se transforma en cuerpo amarillo (cuerpo lúteo) y degenera posteriormente en cuerpo albicans.

1.3.5. Órganos genitales externos

La vulva es el conjunto de los órganos genitales externos. Se distinguen en ella las siguientes regiones anatómicas: el monte de Venus que es la región púbica cubierta de vellos en la mujer adulta; los labios mayores que son dos repliegues de piel que cubren los labios menores, o ninfas; el clítoris que es un órgano impar y eréctil y finalmente el orificio vaginal.

1.4. Fisiología del Aparato Genital Femenino

El ciclo menstrual en la mujer se caracteriza por la aparición periódica de una hemorragia a la cual se da el nombre de menstruación, es un proceso fisiológico provocado y regulado por hormonas que procuran la maduración de un ovocito y la expulsión del ovario (ovulación).

Se considera primer día del ciclo menstrual a aquél en que comienza la regla; su duración promedio es de 28 días y las hormonas que lo determinan tienen un doble origen, la hipófisis y el ovario.

Las glándulas endócrinas modifican el ovario y el endometrio dando lugar al ciclo ovárico y al ciclo endometrial respectivamente (el ciclo ovárico condiciona totalmente al ciclo endometrial).

Júbez Hazbún Alfonso, 2004, expresa:

El lóbulo anterior de la hipófisis secreta dos hormonas gonadotropas, la folículoestimulante (FSH) y la luteinizante (LH), que determinan el ciclo ovárico. El ciclo ovárico comienza cuando la FSH llega al ovario, donde interviene en la maduración del folículo primordial que se convierte en folículo de Graaf obteniendo un ovocito maduro. Hacia el día catorce del ciclo se produce la ovulación, provocada por cierto nivel en la sangre de FSH y LH simultáneamente. A partir de este momento y hasta cerrarse el ciclo, actúa la LH estimulando la formación del cuerpo lúteo."⁵ (Pág. 94).

El ovario produce hormonas esteroideas: estrógenos, progesterona y andrógenos.

Los andrógenos son hormonas sexuales masculinas que se transformarán en estrógenos. Los folículos producen fundamentalmente estrógenos (foliculina), bajo el efecto de la FSH hipofisaria. El cuerpo lúteo, estimulado por la LH, libera sobre todo progesterona. Si bien lo más frecuente es que tengan acción antagónica, los estrógenos y la progesterona, trabajan a veces en forma complementaria; por ejemplo sobre las mamas ejercen un efecto sincronizado al regular su turgencia o flaccidez en consonancia con el ciclo menstrual.

Las funciones de los estrógenos son: incrementar el espesor epitelial de la vulva y la vagina; producir gran cantidad de moco cervical fluido (que ayuda a la

⁵ Júbez Hazbún Alfonso (2004). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Tercera Edición. Pág. 94.

penetración de los espermatozoides); determinar la fase de proliferación de la mucosa uterina, inhibiendo al mismo tiempo la secreción hipofisaria de FHS; activar la secreción de LH y LTH (prolactina), lo que desencadena poco antes de la ovulación síntesis de progesterona, y actuar sobre el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

Las funciones de la progesterona son: disminuir el espesor epitelial de la vulva y de la vagina; favorecer la descamación del endometrio; actuar sobre el moco cervical de forma que sea espeso y difícilmente penetrable por los espermatozoides; favorecer en el endometrio la reacción prerresidual para la nidación, ejercer un efecto sedante sobre el miometrio y las trompas; realizar una acción hipertérmica (por lo cual hay aumento de la temperatura corporal en la segunda mitad del ciclo).

Ciclo Sexual femenino: en todos los órganos del aparato sexual femenino de la mujer adulta, tiene lugar una serie de cambios cíclicos cuyo objeto es asegurar que se produzcan óvulos capaces de ser fecundados y preparar al útero para recibirlos.

Estos cambios cíclicos se repiten, término medio, cada cuatro semanas (entre 21 y 35 días) y son la expresión de procesos (también cíclicos) que se producen simultáneamente en la hipófisis y en el ovario, que son controlados por las neurosecreciones del hipotálamo.

El ciclo endometrial se constituye de tres fases; siendo el primer día de la menstruación el que marca la iniciación de cada ciclo, que finaliza el primer día de la menstruación siguiente:

- Fase de proliferación: en la primera mitad del ciclo, del día 4º al 14º; momento que coincide con la ovulación.
- Fase de secreción: del día 15º al día 28º.
- Menstruación: descamación del endometrio; del 1º al 4º día del ciclo siguiente.

Fase de proliferación: En la hipófisis se produce una elevación de la producción de FSH cuyos niveles en el plasma descienden primero más lentamente y luego más aceleradamente, hasta alcanzar los niveles basales cerca del día 15. Asimismo, hacia la mitad del ciclo se produce un aumento brusco de LH que alcanza su máximo nivel en horas previas a la ovulación.

La FSH estimula la maduración folicular, y los folículos en crecimiento producen estrógenos que intervienen en la declinación de la producción de FSH hipofisario y el aumento de la producción de LH que hacia la mitad del ciclo induce un rápido desarrollo de un folículo que completa su maduración y estalla produciéndose la ovulación.

Fase de secreción. – El nivel de LH hipofisario sigue elevándose y empieza a secretarse la hormona luteotropa (prolactina). En el ovario la LH provoca la transformación del folículo (vacío luego de la ovulación), en el cuerpo amarillo que por acción de ambas gonadotrofinas (LH y prolactina) mantiene su trofismo, secretando estrógenos y progesterona, que impiden que se desarrollen nuevos folículos.

Si el óvulo no es fecundado en la 3ª semana, comienza la regresión del cuerpo amarillo, y el descenso de los niveles plasmáticos de hormonas ováricas, que alcanzan su nivel basal alrededor del 28º día, ello produce la liberación del hipotálamo que estimula a la hipófisis, la que vuelve a secretar niveles crecientes de FSH para reiniciar un nuevo ciclo. El endometrio duplica su espesor y hacia el final de la 4ª semana comienza la retracción premenstrual de la mucosa que disminuye su espesor.

Fase de descamación. – En los días 1º al 4º del ciclo siguiente se produce la dilatación de las vasos y la salida de la sangre, la sangre no coagula y sobreviene la hemorragia menstrual con la que se desprenden los tejidos que forman la capa funcional. Permanece la capa basal que regenerará la mucosa en el ciclo siguiente.

Alrededor de los 45-55 años de edad, a pesar de la persistencia de la estimulación hipotálamo-hipofisaria, los folículos ováricos se van agotando, y

como consecuencia no se producen niveles adecuados de hormonas, los ciclos se hacen irregulares y por último desaparecen. Las menstruaciones cesan (menopausia) y el endometrio se atrofia.

Júbez Hazbún Alfonso, 2004, expresa:

Fecundación y desarrollo embrionario. – Para que pueda realizarse la fecundación, es necesario que previamente se produzcan varios fenómenos:

- a) **La gametogénesis tanto en el hombre como en la mujer.**
- b) **La ovulación**
- c) **La captación del ovocito por la trompa de Falopio.**
- d) **El transporte del gameto masculino: en la especie humana el semen es depositado en el fondo del saco vaginal y debe llegar hasta la porción ampular de la trompa, lo que muy posiblemente se haga de forma activa debido a la movilidad de los espermatozoides y la fluidez del moco cervical durante la ovulación; por término medio, el gameto masculino tiene 48 horas de actividad fecundante.**
- e) **El transporte pasivo del gameto femenino, que tiene un período vital máximo de 20 horas, y se realiza mediante dos mecanismos: las contracciones de la musculatura de la trompa y el movimiento ciliar del epitelio tubárico.**
- f) **El encuentro de los gametos masculino y femenino en la parte ampular de la trompa.”⁶ (Pág. 98).**

En la eyaculación, se vierten entre 2 y 6 ml de semen, en los cuales hay millones de espermatozoides; de los que sólo unos centenares llegan a las trompas y uno sólo logra la penetración.

La fusión de los núcleos de ambos gametos se denomina cariogamia. A partir de la cariogamia se obtiene una célula huevo con gran capacidad de multiplicación y empieza el desarrollo embrionario.

⁶ Júbez Hazbún Alfonso (2004). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Tercera Edición. Pág. 98.

CAPÍTULO II

ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Algunos de los problemas que pueden afectar al útero son:

- La endometriosis, en la que el tejido de recubrimiento del útero crece fuera de éste.
- Hemorragia uterina anormal cada vez que se tiene la menstruación, o entre una y otra menstruación.
- Hiperplasia endometrial.
- Prolapso uterino.
- Quistes ováricos.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.

2.1. Endometriosis.

Alfonso Júbez (2004) considera:

Esta es otra condición benigna que afecta al útero. La endometriosis es la segunda razón principal para la realización de histerectomías. Es más común en mujeres mayores de treinta y menores de cincuenta años de edad, especialmente en mujeres que nunca se han embarazado. La endometriosis ocurre cuando el tejido endometrial (el revestimiento interior del útero) comienza a crecer fuera del útero y sobre órganos adyacentes. Esta condición puede causar períodos menstruales dolorosos, sangrado vaginal anormal y algunas veces pérdida de la fertilidad (capacidad de embarazarse.) Normalmente, la endometriosis no es un problema para las mujeres que ya han pasado por la menopausia. ”⁷ (Pág. 198).

⁷ Júbez Hazbún Alfonso (2004). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Tercera Edición. Pág. 98.

El útero está recubierto por el tejido endometrial. Durante el ciclo menstrual, el tejido endometrial se engruesa y se desprende durante la menstruación. Si tiene endometriosis, el tejido endometrial se expande a otras partes del cuerpo. Generalmente se extiende al abdomen. Esto puede hacer que crezca tejido de cicatriz alrededor de los órganos.

El Dr. Lusiá Botella considera:

La endometriosis puede causar dolor intenso y sangrado anormal cerca de la fecha de la regla. El dolor durante las relaciones sexuales es otro síntoma común. Sin embargo, es posible tener endometriosis sin tener síntoma alguno. La endometriosis es una de las principales causas de infertilidad (incapacidad de quedar embarazada). A menudo no se diagnostica hasta que la mujer tiene dificultades para quedar embarazada. ”⁸ (Pág. 418).

La endometriosis disminuye después de la menopausia y durante el embarazo, porque el crecimiento del tejido endometrial depende del estrógeno. Si tiene endometriosis y se somete a tratamiento de sustitución de estrógeno después de la menopausia, es posible que el tejido vuelva a crecer.

La única forma de diagnosticar con certeza la endometriosis es mediante un procedimiento conocido como laparoscopia. La endometriosis puede ser una enfermedad crónica y puede volver incluso después de haberse tratado con medicamentos o cirugía.

Las mujeres con endometriosis muchas veces reciben tratamiento con hormonas y medicinas que reducen sus niveles de estrógeno. Puede realizarse una cirugía para extraer los parches de tejido endometrial que causan los síntomas, usando un laparoscopio o por medio de un corte más amplio en el abdomen (laparotomía.) Como regla general una histerectomía no se realiza a menos que haya fallado algún otro tratamiento.

⁸ Botella, Lluís (1997), Tratado de Ginecología, Tomo I, Fisiología Femenina, Barcelona – España: Editorial Científico Médica, Undécima Edición. Pág. 418.

2.2. Hemorragia uterina anormal.

A medida que las mujeres se acercan a la menopausia, puede ser difícil saber cuándo va a comenzar su menstruación. El tiempo entre una regla y otra puede ser más largo o más corto de lo normal. Y cuando empieza, el sangrado puede ser muy abundante y durar varias semanas. Es posible que tenga sangrado uterino disfuncional, que afecta con mayor frecuencia a las mujeres mayores de 45 años. Generalmente lo causa un desequilibrio de las sustancias químicas del cuerpo (hormonas) que controlan el ciclo menstrual.

Tucker (2011) considera:

Las mujeres más jóvenes también pueden tener sangrado abundante. Generalmente se debe a irregularidades del ciclo menstrual. Es posible que una mujer pase varios meses sin tener la menstruación, pero el revestimiento del útero sigue engruesándose. Cuando por fin el cuerpo elimina el revestimiento del útero, es posible que tenga sangrado muy abundante. Los síntomas pueden ser muy desagradables y pueden limitar sus actividades diarias. A veces los síntomas son signo de un problema más serio. ”⁹ (Pág. 825).

Es probable que le hagan una prueba de sangre. Según los resultados, su historial médico y su edad, el médico puede recomendarle que se haga una biopsia para excluir la posibilidad de que haya hiperplasia endometrial.

2.3. Hiperplasia endometrial.

Marriner Tomeey, Ann y Marta Raile Alligood (2001) consideran: **“La hiperplasia es una enfermedad en la que el revestimiento del útero se hace demasiado grueso y causa sangrado anormal. Se cree que la hiperplasia es producida por demasiado estrógeno”**.¹⁰ (Pág. 190).

⁹ Tucker (2011). Normas de Cuidado del Paciente. España: Editorial Océano. Sexta Edición. Pág. 825.

¹⁰ Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pág. 190.

Antes de iniciar tratamiento, según su edad y el tiempo que ha padecido de hiperplasia, es posible que su médico desee hacer una biopsia; para excluir la posibilidad del cáncer.

2.4. Prolapso uterino.

Marriner Tomeey, Ann y Marta Raile Alligood (2001) consideran: **Esta es una condición benigna en la cual el útero se desplaza de su lugar normal hacia la vagina. El prolapso del útero es causado por el debilitamiento y ensanchamiento de los ligamentos y tejidos pélvicos. También pueden afectarse otros órganos como la vejiga. El alumbramiento, la obesidad y la pérdida de estrógeno después de la menopausia pueden contribuir a la aparición de este problema. El prolapso del útero representa cerca del 16 por ciento de las histerectomías realizadas.**”¹¹ (Pág. 194).

Si tiene prolapso uterino, el útero está inclinado o caído. A veces está tan caído que llega hasta la vagina. Esto ocurre cuando los ligamentos que sostienen al útero en la pared de la pelvis se debilitan demasiado y no pueden sostenerlo en su lugar.

El prolapso uterino puede causar una sensación de presión e incomodidad. Es posible que la orina se salga sin quererlo.

Tucker (2011) consideran:

El tratamiento puede incluir terapia de estrógeno, ejercicios para fortalecer los músculos del piso de la pelvis o el uso de un pesario, que es un anillo de plástico insertado por la vagina para ayudar a sostener el útero en su lugar. En casos más graves, la cirugía puede restaurar los órganos hundidos a su ubicación normal y reparar los tejidos de apoyo.”¹² (Pág. 828).

¹¹ Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pág. 194.

¹² Tucker (2011). Normas de Cuidado del Paciente. España: Editorial Océano. Sexta Edición. Pág. 828.

En ocasiones puede realizarse la histerectomía si el prolapso está causando problemas graves.

2.5. Quistes ováricos.

Los quistes ováricos son sacos llenos de líquido que generalmente no son malignos. Es posible que no causen síntoma alguno, o pueden ser muy dolorosos.

A veces ocurren con la menstruación, y es posible que desaparezcan por sí solos al cabo de unos cuantos meses. Cuando estos quistes se agrandan, pueden causar una sensación de presión o llenura.

Aunque la mayoría de los quistes ováricos son benignos (no son cáncer), deben tomarse muy en serio. Una ecografía (sonograma) podrá mostrar si el quiste contiene líquido o materia sólida. Si es sólido, puede estar relacionado con la endometriosis o puede ser canceroso.

2.6. Enfermedad pélvica inflamatoria.

Marriner Tomeey, Ann y Marta Raile Alligood (2001) consideran: **La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) resulta de una infección que comienza en la vagina. Frecuentemente es producto de una enfermedad de transmisión sexual (ETS). La infección se propaga hacia arriba hasta el útero, las trompas de Falopio y la pelvis.**¹³ (Pág. 199).

Las mujeres que usan dispositivos anticonceptivos intrauterinos (DIU) corren mayor riesgo de contraer enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). En raras ocasiones, las bacterias que causan EPI entran al cuerpo durante el parto o el aborto.

¹³ Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pág. 199.

Tucker (2011) consideran:

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) puede causar dolor pélvico y fiebre. También puede causar infertilidad (incapacidad de quedar embarazada) por el daño a las trompas de Falopio. Es posible que se formen sacos con pus (abscesos), en la pelvis. A veces la vagina tiene una excreción purulenta (pus). ”¹⁴ (Pág. 829).

Si no se trata la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), el dolor puede ser tan intenso que hace difícil el caminar. La infección puede propagarse a la sangre y al resto del cuerpo; lo que produce fiebre, escalofríos, infecciones en las articulaciones y a veces la muerte.

Si siente dolor intenso en la pelvis y no se puede encontrar la causa, es posible que sufra de dolor pélvico crónico.

¹⁴ Tucker (2011). Normas de Cuidado del Paciente. España: Editorial Océano. Sexta Edición. Pág. 829.

CAPÍTULO III

HISTERECTOMÍA.

3.1. Conceptos.

Etimológicamente la palabra **histerectomía** proviene de las voces griegas *ὕστερα hystera* "útero" y *εκτομία ektomia* "sacar por corte", es decir, es la extracción del útero o matriz, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica.

Marriner Tomeey, Ann y Marta Raile Alligood (2001) consideran con relación a la definición de la histerectomía: **“Es una extirpación quirúrgica del útero resultando en esterilidad o inhabilidad para embarazarse. Puede realizarse a través del abdomen o la vagina”**.¹⁵ (Pág. 175).

Tucker (2011) consideran:

La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad en la mayoría de los casos. Aun perdiéndose el útero, pueden llegar a subsistir los ovarios, lo cual hace posible la fecundación asistida de óvulos y la anidación en el útero de otra mujer. En países como España esta práctica es ilegal, pero en Canadá, en México, en Israel, en la India, en Rusia, en Nueva Zelanda o en África del Sur, así como en algunos estados de los Estados Unidos, es legal.”¹⁶ (Pág. 834).

Una histerectomía es una operación para extraer el útero (matriz) de la mujer. Algunas veces se extraen las trompas de Falopio, los ovarios y el cuello del útero al mismo tiempo que se extirpa el útero. Estos órganos se localizan en el bajo vientre de la mujer. El cuello uterino se encuentra en el extremo inferior del

¹⁵ Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pág. 175.

¹⁶ Tucker (2011). Normas de Cuidado del Paciente. España: Editorial Océano. Sexta Edición. Pág. 834.

útero. Los ovarios son los órganos que producen los óvulos y las hormonas. Las trompas de Falopio llevan los óvulos de los ovarios al útero.

Esta intervención también se realiza como parte de una cirugía de cambio de sexo, en este caso, de mujer a hombre.

3.2. Breve reseña histórica.

La histerectomía vaginal precedió en varios siglos a la histerectomía abdominal. La cirugía que se realizaba hace dos siglos, estaba condicionada por las infecciones, las hemorragias y el dominio del dolor, considerándose la laparotomía extremadamente peligrosa y reservada para ciertas emergencias.

Balagueró L. (2003) considera:

La primera histerectomía por vía vaginal se le atribuye a Sorano de Efeso, natural de Alejandría, quien en el año 120 A.C. amputó un útero prolapsado gangrenoso por vía vaginal. Esta es la primera histerectomía por vía vaginal documentada. Con respecto a estos precedentes, Mathieu en su obra Historia de la histerectomía refiere que "estas personas veían un útero invertido o prolapsado que protruía de la vagina y sin reconocer su naturaleza, terminantemente lo seccionaban"... Esto explica que las primeras histerectomías vaginales se hicieron sin fundamento y todas en úteros prolapsados. (Pág. 42).

La primera ooforectomía (extirpación de los ovarios) se realizó alrededor de 1809 y fue considerada como un experimento en ese tiempo.

Es así se llega al siglo XIX, cuando en 1829 en París Recamier (1744-1852) realiza la primera histerectomía vaginal con éxito, detallando una minuciosa descripción operatoria, con fundamentos anatómicos y utilizando la aguja de Deschamps.

El Dr. Lusiá Botella, al referirse a la cesárea, dice: **“En 1840 se realiza la primera miomectomía, la cual fue reportada en 1853. La primera**

histerectomía con doble ooforectomía se realiza en Cuba, en 1884. La primera histerectomía vaginal registrada en Uruguay fue realizada en 1882 por Carl Brendel, un ginecólogo alemán que se encontraba radicado en nuestro país”.¹⁷ (Pág. 382).

Thompson (2003) considera:

Ahora bien, la histerectomía abdominal fue practicada por primera vez por Lagenbeck, quien extrajo el útero con cáncer cervical por esta vía, después le siguieron Charles Clay en 1843, A. M. Health y John Bellinger en 1846, siendo la hemorragia la causa principal muerte en todos los casos. Fue Waler Burham quien logró efectuar la primera histerectomía abdominal exitosa en 1853 y ese mismo año G. Kimball le sigue; no obstante, fue hasta 1864 cuando se controla con mayor eficiencia, la hemorragia gracias a un artículo publicado por Koeberle. A principios de 1900 la tasa de mortalidad se redujo a menos del 1% y la histerectomía comenzó a ser una opción para el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicos.¹⁸ (Pág. 64).

En efecto, todo el desarrollo histórico de este proceder, le ha permitido alcanzar niveles mayores de sobrevivencia y se han podido curar de diferentes patologías miles de mujeres, en la actualidad es una operación ginecológica que tiene alta prevalencia, favoreciendo la calidad de vida de las mujeres con complicaciones en su aparato reproductor.

3.3. Tipos de histerectomía.

Existen tres formas de histerectomía:

- **Histerectomía abdominal:** se realiza a través de una incisión en el abdomen, por donde se retira el útero.

¹⁷ Botella, Lluís (1997), Tratado de Ginecología, Tomo I, Fisiología Femenina, Barcelona – España: Editorial Científico Médica, Undécima Edición. Pág. 382.

¹⁸ Thompson, J. (2003), Histerectomía, Ginecología Quirúrgica. México D. F.: Editorial Linde, Tercera Edición. Pág. 64.

- Histerectomía vaginal: se realiza con una operación a través de la vagina, por donde se retira el útero.
- Video – laparoscopia: se realiza a través de una operación quirúrgica llamada laparoscopia, mediante pequeños orificios en el abdomen de unos 5 a 10 mm. Posteriormente, se retira bien por la vagina o por partes a través de los mismos orificios creados en el abdomen.

3.3.1. *Completa o total.*

Una histerectomía total es la operación más común e indica la extirpación del útero y cérvix o cuello uterino.

En la **histerectomía total** (también llamada histerectomía simple), el cirujano extirpa el útero y el cuello uterino pero deja los ovarios y las trompas de Falopio intactos.

O’Connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G (2000) consideran:

La histerectomía total es la extirpación del útero y el cuello, se practica en muchas enfermedades como menometrorragia disfuncional, endometriosis, neoplasias malignas y no malignas del útero, cuello y anexos, problemas de relajación y prolapsos de órganos pélvicos y lesión irreparable del útero.¹⁹ (Pág. 440).

3.3.2. *Parcial o subtotal.*

Una histerectomía parcial indica la extirpación del cuerpo del útero, dejando el cérvix.

En la **histerectomía subtotal** el útero se extirpa pero el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio se dejan intactos.

¹⁹ O’Connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G Enfermería Médico Quirúrgico de Brunner y Suddarth Volumen I y II. México D.F.: Editorial Mcgraw-HILL Interamericana, Séptima Edición. Pág. 440.

O'Connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G (2000) consideran: “**En este tipo de histerectomía se produce la extracción del cuerpo del útero y permanece el cuello. Se realiza en urgencias quirúrgicas como sangrado post-parto donde pelagra la vida de la paciente**”.²⁰ (Pág. 441).

3.3.3. Radical.

Una histerectomía radical implica la extirpación del útero, cérvix, una pequeña porción de la parte superior de la vagina y algo de tejido conjuntivo, realizada en casos de cáncer de cervix.

En la **histerectomía con** salpingooforectomía bilateral (también llamada histerectomía radical), se extirpan el útero, el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio.

O'Connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G (2000) consideran: “**Extracción total del útero, tercio superior de la vagina y los ligamentos de sostén del útero (cardinales y útero sacro). Se realiza cuando se encuentra cáncer genital avanzado.**”²¹ (Pág. 442).

3.4. Efectos de la histerectomía

Una histerectomía puede causar efectos físicos y emocionales, que pueden durar poco tiempo o perdurar. La paciente debe conocer estos efectos antes de someterse a dicha cirugía.

Los efectos secundarios dependen de varios aspectos, entre los que se citan la edad, enfermedad preexistente, si todavía menstrúa y el tipo de histerectomía que se vaya a realizar. Si todavía está menstruando antes de la operación, no la volverá a tener después de la misma.

²⁰ O'Connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G Enfermería Médico Quirúrgico de Brunner y Suddarth Volumen I y II. México D.F.: Editorial Mcgraw-HILL Interamericana, Séptima Edición. Pág. 441.

²¹ O'Connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G Enfermería Médico Quirúrgico de Brunner y Suddarth Volumen I y II. México D.F.: Editorial Mcgraw-HILL Interamericana, Séptima Edición. Pág. 442.

- Si no se le extirpan los ovarios, seguirá teniendo cambios hormonales como cuando tenía la regla, pero no tendrá sangrado.
- Si le extirpan los ovarios, tendrá cambios similares a los de la menopausia. Estos pueden incluir bochornos, sequedad vaginal, sudados nocturnos, cambios del estado de ánimo u otros síntomas.
- La mujer histerectomizada puede sentirse rechazada por su propia familia y por los demás miembros de la sociedad en la que se desenvuelve.

Otros efectos secundarios de la histerectomía son similares a los de cualquier otro tipo de operación. Si trabaja fuera del hogar, tendrá que dejar de hacerlo durante varias semanas; el tiempo depende del tipo de histerectomía y las órdenes del médico. Necesitará ayuda en sus actividades diarias como el cuidado de sus hijos, las compras y los quehaceres del hogar.

3.4.1. Efectos físicos

Al extirpar el útero se acaba el sangrado anormal, disminuye la presión pélvica y elimina las fibrosis. Sin embargo, afecciones como el cáncer, endometriosis y adhesiones pélvicas pueden continuar o regresar.

Uno de los efectos físicos de mayor importancia es que la mujer después de la histerectomía, ya no tendrá períodos mensuales, tampoco ya no podrá embarazarse; lo que significa que el control natal no es necesario. No obstante, si sus ovarios continúan en su lugar, también seguirá la producción de hormonas y huevos, los cuales se disolverán en el abdomen, al no poder cumplir su ciclo en el útero extirpado.

En caso se quiten también los ovarios, en un procedimiento llamado ooforectomía, se recomienda la terapia de remplazo de hormonas.

3.4.2. Efectos emocionales

Debido a que el útero representa para la mujer un órgano muy importante en su vida sexual y afectiva, su extirpación suele causar una reacción emocional

adversa, la cual varía dependiendo de diversos factores sociales, educativos, afectivos, económicos, etc.

Así por ejemplo, una mujer que no ha tenido hijos, al someterse a la extirpación de su útero y enterarse de que no va a poder quedar embarazada, se deprimirá y pensará que su relación con su pareja se terminará, sentimientos que serán más profundos si la paciente es joven, menor de 30 años.

No obstante, otras mujeres que ya han tenido hijos y que son mayores de 40 años de edad, pueden sentir alivio porque ya no padecerán los síntomas que tenían antes de someterse a la intervención quirúrgica.

3.4.3. Efectos en las relaciones sexuales

La histerectomía también puede afectar a las relaciones sexuales, porque como el útero ha sido extraído, ya no se producirán las contracciones uterinas que sentían durante el orgasmo, aunque si los ovarios no se extirpan, los genitales externos y la vagina no se verán afectados.

Por lo general, el mayor efecto negativo en la actividad sexual, es cuando los ovarios son extirpados junto con el útero, en este caso, se produce resequedad vaginal, que puede afectar el coito. Para el efecto, se recomienda utilizar estrógenos y lubricantes vaginales.

En cambio, algunas mujeres que ya han tenido muchos hijos, sostienen que han sentido mayor satisfacción sexual, porque al aliviar la afección que provocaba el dolor, podrán tener relaciones sexuales más placenteras sin preocuparse por el embarazo no planeado.

3.4.4. Ansiedad

Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta, 2008, expresa: Hildergard E. Peplau manifiesta que: **“La ansiedad azota a personas de toda condición y no**

solo a un determinado grupo de edad, sexo, nivel socio-económico, filiación religiosa o grupo profesional...".²² (Pág. 33).

Durante el periodo de ansiedad, la persona manifiesta un estado depresivo, desasosiego, incertidumbre y temor, porque el ser humano piensa que existe una amenaza o peligro latente a su vida, a su salud, a su estabilidad, que es más bien imaginario, una afección psíquica que se origina como una respuesta a un determinado nivel de tensión ante una situación desconocida.

3.6.4.1 Tipos de Ansiedad.

En los siguientes ítems se describen los diferentes tipos de ansiedad, según Cattell y Scheier (1958):

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** estado de tensión crónica que denota preocupación o nerviosismo excesivo a diario y se diagnostica cuando la persona la ha padecido al menos seis meses.
- **Trastorno de pánico:** crisis recurrentes de temor, angustia aguda y extrema, los pacientes que sufren este trastorno desarrollan angustia a experimentar un próximo ataque imprevisto, por tanto se le denomina también ansiedad anticipatoria.
- **Trastorno fóbico:** temor irracional y persistente ante una situación que se evita por cualquier medio. Por ejemplo, el miedo a los insectos.
- **Trastorno obsesivo – compulsivo:** se trata de una depresión involuntaria, pero el individuo reconoce el carácter absurdo de sus pensamientos o acciones.

²² Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pág. 33.

- **Trastorno por estrés post-traumático:** causado por secuelas psicológicas desagradables, debido a un trauma emocional. Se caracteriza por recuerdos persistentes del acontecimiento que da origen al estrés.

En los siguientes ítems se describen los elementos de la ansiedad, que según Cattell y Scheier (1958) son el estado y el rasgo.

- **Ansiedad Estado (A/E)**

Se denomina ansiedad estado a la condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión, hiperactividad del sistema nervioso autónomo, anticipación del daño físico-psicológico resultante del riesgo que envuelve la situación. Sin embargo, esta sensación se alivia con la adaptación de la persona a la nueva experiencia.

- **Ansiedad Rasgo (A/R) o Ansiedad Peculiar o Inherente**

La ansiedad – rasgo se refieren a las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad, por ejemplo, una persona puede creer que la histerectomía es peligrosa y otra no, además los aspectos más importantes del rasgo, son la frecuencia y la intensidad del estado de ansiedad, medidos en términos de tiempo y grado, que pueden ser activados por los estímulos.

3.6.4.2 Factores que predisponen la Ansiedad

La ansiedad depende de una situación amenazadora. La amenaza es la evaluación subjetiva de la situación peligrosa, que está influida por los factores objetivos de la misma. Los recuerdos y la experiencia previa pueden tener un impacto aun mayor. Asimismo, las características de la personalidad, las emociones y las necesidades, también juegan un papel muy importante.

La experiencia de la amenaza es un estado mental que tiene dos características principales: está orientada hacia el futuro y consta de procesos mentales que influyen la percepción, el pensamiento, la memoria y los juicios. La

enfermedad es una experiencia provocadora de ansiedad que está determinada por la necesidad de hospitalización.

Otros factores que desencadenan ansiedad son: incomodidad por el dolor, frío, fatiga, cambios en la dieta, carencia de satisfacción sexual, aislamiento; antipatía y rechazo por parte de otros, separación de la familia y amigos, frustración de planes y esperanzas, desconocimiento sobre su diagnóstico, que son acentuados cuando se trata de una histerectomía o una intervención quirúrgica, porque se pone en peligro hasta la vida.

3.6.4.3 Reacciones psicofisiológicas durante la ansiedad

Generalmente cuando la persona está en ansiedad el estado psicológico se ve muy afectado, esto lleva a un desequilibrio emocional que se manifiesta a través de los signos y síntomas en los organismo como respuesta a la ansiedad. El aspecto psicológico y fisiológico esta íntimamente ligado durante la ansiedad, por lo tanto se dice que las reacciones y manifestaciones fisiológicas derivan directamente del estado psicológico del individuo.

Las personas utilizan una variedad de conductas para cambiar una situación de tensión. La redistribución de energía a menudo no es reconocida conscientemente, por lo que la persona es incapaz de cambios de conducta.

Los cambios en la conducta dependen de la intencionalidad de la emoción y la forma en las cuales el sujeto ha aprendido a enfrentarse a ellas, es inevitable en el paciente cardíaco y más problemático que la activación del sistema Nervioso Simpático lo constituyen los pacientes que disfrazan esta ansiedad y sufren en silencio, con un gran temor a la muerte, ideas erróneas, pérdida del control y aislamiento.

Las reacciones físicas y conductuales de la ansiedad pueden inclinar la balanza negativamente durante el curso de la enfermedad y cirugía del paciente cardíaco. Entre las reacciones conductuales y somáticas del paciente a la ansiedad consideradas son: Uso acentuado de un tipo de conducta; aumento o disminución

de la variedad de las actividades emprendidas, conducta menos organizada o regresiva, como: retorcimiento de manos, frotamiento del cuerpo, enjuagarse la frente o intentar mantener la respiración, balancear los pies repetidas veces, tamborilear con los dedos entre otros.

Por su parte Ruth Murray señala los siguientes indicadores de ansiedad:

- Cambio manifiesto en la personalidad. Regresión, retraimiento, apatía, inestabilidad emocional, etc.
- Afecto transformado o reacciones emocionales inapropiadas, irritabilidad, impaciencia, irascibilidad, etc.
- Nivel menoscabado de conciencia, memoria o concentración, recuerdo inadecuado o impreciso, respuesta mínima al estímulo, etc.
- Proceso de pensamiento transformado: confusión, afectación del juicio, delirios, fobias o suspicacia infundada.
- Trastornos de la percepción, ilusiones, alucinaciones y parestesias.
- Atención afectada: distracción hipersensibilidad al ruido.
- Comunicación verbal cambiada: afirmaciones respectivas relacionadas o no con la situación presente: cambios en el tono de la voz, en la velocidad y volumen del Lenguaje y en el tipo de enunciación.
- Manifestación del uso inconsciente de mecanismos de defensa: regresión, racionalización, negación, desplazamiento, proyección de sentimientos, fantasía.
- Expresiones de una imagen propia cambiada, sentirse diferente, deformado, incompleto, infantil, débil, desvalido, aislado, inútil o controlado por otros; incapaz de tomar decisiones apropiadas o hacer sugerencias acerca de sus propias preferencias en su cuidado.
- Sentimientos de inseguridad, inferioridad y motivación a los cuales reacciona en exceso, asumiendo una actitud de indiferencia o haciendo demandas excesivas.

La amenaza del peligro produce reacciones psicológicas y fisiológicas en el organismo; como se ha mencionado anteriormente; sin dejar de presentarse por separado durante la ansiedad, ubicándose y evidenciándose cada una de ellas.

3.6.4.4 Manifestaciones psicológicas durante la Ansiedad

Las manifestaciones psicológicas de la ansiedad son:

- **Tensión emocional;** diferentes situaciones que requieren un comportamiento de adaptación pueden producir tensión emocional, y esta es causada la capacidad adaptativa del individuo es agobiada por sucesos. Durante la tensión emocional se evidencian cambios en el organismo como: tensión muscular como resultado de estímulo del sistema nervioso simpático, generalmente frente a una proceso de adaptación el individuo está en constante stress, así mismo las diferentes etapas del proceso de hospitalización genera stress en el paciente.
- La **angustia:** es una sensación interna de opresión cuyo atributo peculiar es un estado de miedo sin motivo, sentimiento de amenaza que acompaña una vivencia de desamparo, impotencia, reacciones de alerta con activación cortical, neurovegetativa y medular.
- **El miedo:** es una reacción psicológica frente a algo conocido, en el miedo el peligro se conoce y puede identificarse, tanto el miedo como la angustia están presentes en el individuo enfermo, ambas son respuestas emocionales ante la amenaza de un peligro imaginario o real, y provocan las mismas reacciones fisiológicas en el organismo, y como ambas están presentes durante la enfermedad del individuo, el término ansiedad se usa para elaborar a las dos.

Las manifestaciones psicológicas de ansiedad del individuo enfermo reflejan generalmente las formas que han aprendido a enfrentarse en el pasado al peligro, algunas personas responden a la ansiedad con exclamaciones ruidosas intentando negar, otras pueden bromear, reír y algunas pueden responder con enojo, llanto, hostilidad.

3.5. Pronóstico

La duración de su recuperación depende del tipo de histerectomía. La recuperación puede tomar de dos a seis semanas. Los tiempos de recuperación promedio son:

- Histerectomía abdominal: 4 a 6 semanas.
- Histerectomía vaginal: 3 a 4 semanas.
- Histerectomía asistida por robot: 2 a 4 semanas.

Una histerectomía provocará la menopausia si también le extirpan los ovarios. La extirpación de los ovarios también puede llevar a que se presente disminución de la libido. Se puede recomendar la estrogenoterapia reconstitutiva.

CAPÍTULO IV

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDAS CON HISTERECTOMÍA.

4.1. Consejería de Enfermería.

La consejería es una herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención y promoción a la salud, en especial en el área de Enfermería. Consiste en una relación de ayuda basada en una comunicación efectiva; con ella se busca mejorar la salud del paciente, proporcionándole un medio para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo.

En el ámbito de la salud, la consejería se define como una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente, con el fin de mejorar o promover la salud, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones.

4.1.1. *Ámbitos de aplicación de la consejería*

Sus principales ámbitos de aplicación son:

- Reducir el impacto emocional en los pacientes frente a situaciones de crisis asociadas a factores de riesgo.
- Generar espacios de comunicación al interior de la familia.
- Fomentar la adherencia a tratamientos (farmacológico y no farmacológico).
- Facilitar la percepción de los propios riesgos y la adopción de prácticas más seguras para la prevención y
- Favorecer la adopción de estilos de vida saludable.

4.1.2. *Tipos de consejería*

Dugas (2002), al referirse a los tipos de consejería, manifiesta que son los siguientes:

- **Consejería inicial.** Depende del grado de conocimientos que tenga la paciente sobre el tema. Puede realizarse en cualquiera de los niveles de atención, incluye información, educación y comunicación, individual o grupal de aspectos relacionados con la afección o riesgos a los que está expuesta.
- **Consejería específica.** Es la parte medular del proceso. Persigue ampliar la información, aclarar dudas y facilitar la toma de decisiones de la paciente y fortalecer los aspectos que influyeron en la toma de esa decisión, se afianzan los elementos que se consideren que puedan orientar a modificar un estilo de vida, se reconoce como eje del proceso porque aquí la paciente ya tiene una decisión y actitud hacia el tratamiento y atención de su problema de salud consultado.
- **Consejería de seguimiento.** Su principal objetivo es establecer mecanismos que permiten dar apoyo a las pacientes para conseguir mayor continuidad en la práctica de las conductas que ellas mismas se han impuesto con el apoyo y orientación del consejero/a. La consejería requiere de seguimiento, para recalcar los efectos secundarios y complicaciones del tratamiento o en caso de abandono del mismo, como para fortalecer el actuar de la paciente. Da oportunidad de aclarar conceptos que hubiera quedado oscuros y facilitar fijar las próximas fechas para nuevas consultas.²³ (Pág. 278).

Los tres tipos de consejería pueden ser utilizados antes, durante y después de la intervención quirúrgica de la histerectomía. Previo a la intervención puede aplicarse la consejería inicial para informar a la paciente acerca de qué es la histerectomía y por qué es necesaria para su rehabilitación. Sin embargo, el tipo de consejería que más se apega a la intervención quirúrgica de histerectomía es la específica, porque es preferible aclarar dudas a la paciente, acerca de los aspectos psicológicos y sociales, para que sea optimista durante la intervención. La consejería de seguimiento, en cambio, puede ser realizada en el post operatorio, después de la histerectomía, tema que no es parte de la delimitación de la presente investigación.

²³ Dugas, Beverly (2000). Tratado de Enfermería Práctica. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Cuarta Edición. Pág. 278

Dugas (2002), al referirse a los tipos de consejería, manifiesta que también se pueden clasificar de la siguiente manera:

- **Consejería primaria, se refiere a la prevención básica y general para que la paciente pueda conocer aspectos básicos de su afección y cómo protegerse ante cualquier afección mayor, por lo general se realiza en el área de Consulta Externa.**
- **Consejería personalizada, se refiere a la educación a profundidad de un paciente acerca de aquellos aspectos muy relevantes de su enfermedad, que le va a indicar inclusive cómo realizar el autocuidado y qué medidas tomar cuando se presenten los síntomas de la afección. Por lo general, se proporciona a los usuarios de las secciones quirúrgicas, post – operatorias, entre otros”.²⁴ (Pág. 279).**

Debido a que el tipo de consejería que más se apega a la intervención quirúrgica de histerectomía es la específica, también la consejería personalizada es la más adecuada para ser aplicada a las pacientes que se van a someter a esta intervención.

4.1.3. Fases de las actividades de consejería

Para llevar a cabo la consejería se empleó la metodología de trabajo de enfermería, el proceso de enfermería (PE). En la valoración se utiliza una guía basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, para la cual se requiere de la aplicación de técnicas y habilidades con fundamentos teóricos que permita identificar alguna problemática de la propia enfermedad, así como de situaciones psicosociales, que conlleve a derivar al paciente con otro profesional que pueda abordar su situación. Se establecen diagnósticos de enfermería que permiten determinar la intervención, la cual está dirigida a proporcionar recomendaciones para modificar estilos de vida, a través de información clara y sencilla, que ayude

²⁴ Dugas, Beverly (2000). Tratado de Enfermería Práctica. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Cuarta Edición. Pág. 279

a las personas a mejorar su autocuidado; lo anterior se realiza en diversas sesiones con el paciente.

En las cuatro consejerías se implementan intervenciones de enfermería basadas en las siguientes actividades:

- Aclarar dudas de las pacientes intervenidas quirúrgicamente con relación a los cuidados durante la histerectomía y orientación para promover estilos de vida saludables. Los aspectos que se incluyen son: alimentación, uso de complementos vitamínicos, ejercicio y actividad física, control de signos vitales, detección de síntomas de alarma, importancia de la adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables.
- En el caso de las mujeres histerectomizadas de mediano riesgo se orienta en relación a planificación familiar, respetando su integridad, gustos y/o preferencias.
- Revisión de expedientes para el registro de resultados de laboratorio, principalmente de exámenes de sangre y orina.
- La consejería proporcionada a pacientes con enfermedades preexistentes se da durante tres fases: fase inmediata, fase ampliada y fase de profundización, retroalimentando al paciente en las dos fases últimas.
- Se orienta sobre el efecto que las patologías causan en la sexualidad y cómo el paciente puede resolver esos problemas.
- Además, se orienta sobre la enfermedad, los efectos secundarios de los medicamentos, dosis y vía de administración, alimentación, prevención de agudizaciones, suspensión del hábito de fumar y evitar la exposición a humos tóxicos, así como aspectos sobre higiene personal y ambiental.

En todas las intervenciones debe darse seguimiento periódico, con la finalidad de verificar que se estén llevando a cabo las recomendaciones, atender dudas y detectar posibles signos de alarma, que determinen su asistencia inmediata al hospital.

Las actividades de consejería deben enfocarse principalmente en la mejora, en el control de peso, incremento de conocimientos, adecuado control de presión arterial, aumento significativo en la práctica de ejercicio físico, mejor identificación de signos y síntomas de alarma, disminución en el número de mujeres con anemia, aumento en el número de mujeres que realizan actividades recreativas para disminuir estrés, mejor aceptación de las intervenciones quirúrgicas, como histerectomía por ejemplo, etc. En cuanto a las otras tres intervenciones, se debe observar que los pacientes se apeguen a su tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico. El personal de enfermería debe tener una mayor participación en el control y seguimiento de los pacientes y una mejora en la comunicación con los diferentes integrantes del equipo de salud.

4.1.4. Beneficios de las actividades de consejería

Se puede inferir que debe verificarse un mayor interés de los pacientes por su autocuidado, una mejora en la frecuencia de consumo de alimentos saludables y un proceso paulatino de modificaciones en su estilo de vida.

El éxito de la consejería depende, en gran medida, de la participación voluntaria del paciente, estrategia que puede ser utilizada en diferentes ámbitos y en distintos problemas de salud. Y como señala Bimbela (1995), la consejería es una herramienta de uso de los profesionales de la salud, con el fin de desarrollar con mayor efectividad una de sus funciones, que es promover comportamientos saludables, tanto en el ámbito de la prevención como en el tratamiento o mitigación de los efectos de las enfermedades.

4.2. Teoría de enfermería

Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta, expresa, 2008, expresa: Hildergard E. Peplau postulaba que: “...**la conducta humana no es finalista y que una ansiedad grave o prolongada puede dar lugar a una desorganización de la personalidad.....las personas, piensan, sienten y sueñan a fin de**

satisfacer sus necesidades y una necesidad primordialmente motivante es la ausencia de ansiedad...”²⁵ (Pág. 299).

En efecto, la histerectomía ocasiona estados depresivos en la mujer, porque temen someterse a una intervención quirúrgica, sienten mucha incertidumbre por su futuro, en especial en aquellas mujeres que no pueden tener hijos, quienes se afectan psicológicamente en mayor medida que aquellas que ya han tenido hijos.

Asterud considera a la enfermera como el miembro del equipo de salud responsable de la explicación dada a los conceptos fisiológicos y psicológicos del estrés, lo que permitirá un juicio más adecuado de que cuando debe ser dada la educación al paciente...”

Todo paciente que debe modificar su estilo de vida tiene la necesidad y el derecho de saber porque debe realizar este cambio y como este lo afectará, decida o no cumplir con las recomendaciones **“...La educación es un derecho del paciente y además de ser una función de la enfermera, es su responsabilidad legal y moral...”**

4.3. Rol de la enfermera como educadora

La enfermera desempeña un rol importante en la atención del paciente, el 80% de atención que perciben los pacientes hospitalizados está en manos del personal de Enfermería, quien debe considerar todo contacto con el paciente como una oportunidad para brindarle enseñanza.

Por otra parte, la Asociación Americana de Hospitales en 1972, efectuó la **Declaración de los Derechos del paciente”** entre los que se consideran:

El paciente tiene derecho a:

- Ser atendido en forma considerada y respetuosa.

²⁵ Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición. Pág. 299

- Se le informe acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, empleando términos simples.
- Conocer los detalles de su tratamiento y/o procedimientos a que será sometido antes de dar su consentimiento para efectuarlos.
- Puede negarse a recibir tratamiento.
- Tiene derecho a recibir tratamiento y tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de esta decisión...”

La enfermería es un instrumento educativo, cuya función es promover el desarrollo de la personalidad del individuo hacia una vida constructiva, creativa y productiva para él.

La enseñanza pre- operatoria ayuda a preparar al paciente a la Cirugía y permite que la recuperación en el periodo post-operatorio sea más efectiva, tranquila y menos peligrosa para el enfermo. En primer lugar recordemos algunos de los principios del cuidado del paciente durante el pre-operatorio:

- La cirugía despierta una reacción mayor al estrés en el cuerpo.
- Una agresión mayor al organismo como la cirugía, disminuye la capacidad de las personas para enfrentar otras agresiones.
- Los pacientes muy temerosos son un mal riesgo quirúrgico.
- La cirugía mayor afecta la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades.
- El temor a lo desconocido es un factor intenso en la ansiedad quirúrgica.
- La información suele ayudar a eliminar temores.
- El aprendizaje es más eficaz cuando la persona necesita y desea aprender.

Se estima que los aspectos indispensables que el paciente debe saber son:

- Procedimientos de ingreso a la institución.
- Resumen de los exámenes o pruebas a las que será sometido, acción que se espera en el paciente durante el mismo; tiempo de duración y efectos del procedimiento.

- Terminología que necesita conocer el paciente para entenderse con el personal de salud y comprender lo que hablan.
- Relaciones que tendrá con otros servicios Rayos X, laboratorio, dietoterapia.
- Preparación para la cirugía, piel, medicamentos, cuidados de sus objetos personales, valores, y formas de consentimiento, última comida.
- Transporte al quirófano: sedación, camilla, preocupaciones, seguridad, anestesia.
- Experiencias usuales en las salas de recuperación post-operatoria: despertar, obtención de signos vitales, venoclisis, transfusión de sangre, sondas, movimientos, ejercicios, respiración profunda, tos, drenes y apósitos.
- Aspectos relacionados al alta y a su cuidado en el hogar: baño, trabajo, sexo, etc.

La educación debe ser espaciada durante cierto tiempo a fin de que el paciente asimile cuanto se le indique y formule las preguntas que considere necesarias. Una vez que el paciente sabe lo que debe esperar se anticipara a estas reacciones, permitiéndole alcanzar un grado mayor de relajación del que en caso contrario cabria esperar. La enseñanza pre-operatoria tiene la siguiente ventaja: Hace la recuperación más rápida, los medicamentos se emplean con menor frecuencia y en menor dosis, aparecen menos complicaciones post-operatorias y la hospitalización es más breve.

4.5. GUÍA DE CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA

ÍNDICE

- Introducción.
- Objetivos.
- Objetivo general.
- Objetivos específicos.
- Sistema reproductor femenino. Estructura anatómica.
- Histerectomía. Concepto y tipos.
- Causas de histerectomía.
- Complicaciones de histerectomía.
- Efectos secundarios.
- Como se sentirá después de la histerectomía. Mitos y creencias.
- Cuidados de enfermería previo a la intervención.
- Principios del cuidado del paciente ansioso.
- Rol de la Enfermera en el alivio de la ansiedad.
- Información sobre el trans – operatorio.
- Cuidados de enfermería en el post – operatorio.
- Recuperación en casa.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería ha asumido la responsabilidad de desarrollar un programa educativo dirigido a las pacientes programados para una intervención quirúrgica (histerectomía abdominal) en el servicio de ginecología, como principal estrategia para proteger, promover y fomentar la salud del paciente, se ha desarrollando programas de capacitación orientadas a mejorar la calidad de atención, contribuyendo de esta forma a disminuir las repercusiones en la recuperación de la paciente.

Este modulo educativo está orientado a atender las necesidades educativas de las pacientes en relación con el cuidado pre y post operatorio, con el fin de brindar conocimiento básico y reorientar sus actitudes.

El documento que se ha elaborado, cuyo tema es la consejería a la paciente programada para la intervención quirúrgica de histerectomía. El aprendizaje sobre el tema mencionado se logrará estudiando y analizando con dedicación esta información.

Al igual que en otros manuales, al ir avanzando en la guía, se deberá realizar algunos ejercicios que le permitirán mejorar las intervenciones de enfermería en consejería a pacientes que son programadas de histerectomía.

OBJETIVOS

General:

Elaborar una guía de consejería para que el personal de enfermería pueda orientar a las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía.

Objetivos específicos:

- Fortalecer los conocimientos del personal de enfermería en lo relacionado a la consejería de las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía.
- Difundir en forma sencilla los principales aspectos de la guía de consejería en histerectomía, para que el personal de enfermería pueda educar a la paciente.
- Reducir el nivel de desconocimiento de las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía acerca de los efectos secundarios y sexualidad post – quirúrgico.
- Contribuir a disminuir la ansiedad de las pacientes que van a ser intervenidas quirúrgicamente, para que pueda mejorar su calidad de vida.

SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO. ESTRUCTURA ANATÓMICAS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El útero: es un órgano muscular, impar y medio, situado detrás de la vejiga y delante del recto.



El útero está formado por dos zonas anatómico y funcionalmente distintas que son:

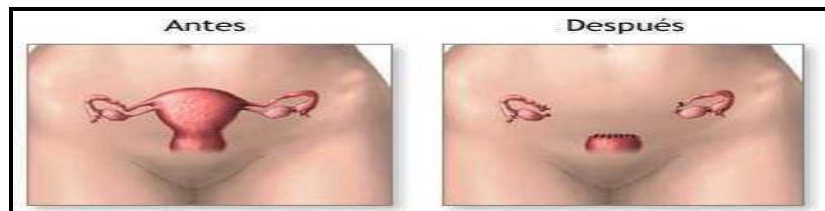
- El **cuerpo uterino**, al que están unidas por los lados las trompas de Falopio. Está separado del cuello uterino o cérvix por el istmo uterino.
- El **cuello o cérvix uterino** se comunica con el istmo en su extremo superior, mientras que el extremo inferior termina haciendo protusión en la porción superior de la vagina, lo que viene en denominarse *portio u hocico de tenca*.

El ovario: es un órgano par (ovario izquierdo y ovario derecho) con forma de almendra situado en la pequeña pelvis, unido a la cara dorsal de los ligamentos anchos mediante el mesovarium.

La vagina: es un tubo impar y medio que va desde el cuello uterino hasta la vulva, dirigido de arriba abajo y de atrás hacia adelante. El límite entre la vagina y la vulva lo constituye un repliegue, el himen. La función de la vagina es recibir el pene en el coito y dar salida al feto en el momento del parto, así como expulsar el contenido menstrual.

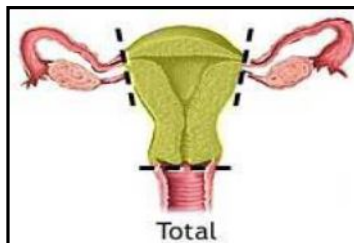
HISTERECTOMÍA. CONCEPTO Y TIPOS.

Histerectomía es la extracción del útero o matriz, ya sea por causas naturales o por causa de una intervención quirúrgica. La pérdida de útero provoca la imposibilidad de fecundar, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto.



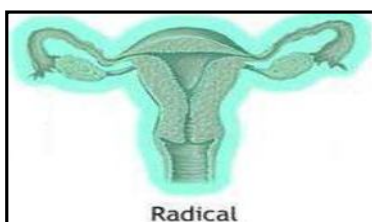
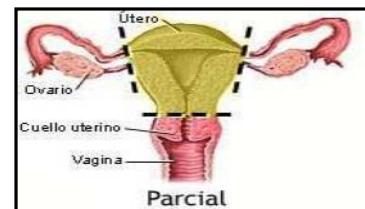
Existen tres formas de histerectomía:

- Histerectomía abdominal: se realiza a través de una incisión en el abdomen, por donde se retira el útero.
- Histerectomía vaginal: se realiza con una operación a través de la vagina, por donde se retira el útero.
- Video – laparoscopia: se realiza a través de una operación quirúrgica llamada laparoscopia.



En la **histerectomía total** (también llamada histerectomía simple), el cirujano extirpa el útero y el cuello uterino pero deja los ovarios y las trompas de Falopio intactos.

En la **histerectomía subtotal** el útero se extirpa pero el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio se dejan intactos.



En la **histerectomía con salpingooforectomía bilateral** (también llamada histerectomía radical), se extirpan el útero, el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio.

CAUSAS PARA LA PRÁCTICA DE LA HISTERECTOMÍA: CAUSAS DE HISTERECTOMÍA

Endometriosis. – Esta es otra condición benigna que afecta al útero. La endometriosis es la segunda razón principal para la realización de hysterectomías. Es más común en mujeres mayores de treinta y menores de cincuenta años de edad, especialmente en mujeres que nunca se han embarazado.

Prolapso. – Esta es una condición benigna en la cual el útero se desplaza de su lugar normal hacia la vagina. El prolapso del útero es causado por el debilitamiento y ensanchamiento de los ligamentos y tejidos pélvicos.

COMPLICACIONES DE HISTERECTOMÍA

Los riesgos pueden ser coágulos de sangre, infección severa, sangrado después de la operación, problemas con la defecación, infección urinaria o problemas relacionados a la anestesia.

Cada mujer reaccionará de forma diferente a la operación. Si le extirpan los ovarios junto con el útero, es posible que tenga bochornos u otros síntomas similares a los de la menopausia (el cambio).



La edad es un factor importante en la forma en que la mujer reacciona emocionalmente a la hysterectomía. A veces la hysterectomía es necesaria para mantener la salud de la mujer, y tal vez no sea posible posponerla.

No poder quedar embarazada es una decisión difícil, debe hablar con el personal de salud acerca de las posibilidades de adoptar o acoger a un niño, u otras opciones. Lo más probable es que la hysterectomía, como tratamiento de las enfermedades uterinas no cancerosas, mejore la calidad de vida. En parte porque pone fin a los síntomas dolorosos. Sin embargo, unas cuantas mujeres se sienten peor después de la operación y se arrepienten de haber decidido hacérsela.

EFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios dependen de varias cosas, por ejemplo su edad, su enfermedad, si todavía tiene la regla y el tipo de histerectomía que se haga. Si todavía tenía la menstruación antes de la operación, no la volverá a tener.



- Si no se le extirpan los ovarios, seguirá teniendo cambios hormonales como cuando tenía la menstruación, pero no tendrá sangrado.
- Si le extirpan los ovarios, tendrá cambios similares a los de la menopausia. Estos pueden incluir bochornos, sequedad vaginal, sudados nocturnos, cambios del estado de ánimo u otros síntomas.

Otros efectos secundarios de la histerectomía son similares a los de cualquier otro tipo de operación. Si trabaja fuera del hogar, tendrá que dejar de hacerlo durante varias semanas; el tiempo depende del tipo de histerectomía y las órdenes del personal de salud. Necesitará ayuda en sus actividades diarias como el cuidado de sus hijos, las compras y los quehaceres del hogar.

Los chequeos médicos periódicos la ayudan a conservar su bienestar y su salud general.

- Seguirá necesitando hacerse exámenes rutinarios del seno y la pelvis, así como pruebas de Papanicolaou.
- Si toma terapia de reemplazo, tendrá que hacer citas de control con su médico para que le ajuste la dosis a su medida.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREVIO A INTERVENCIÓN

El personal de enfermería debe brindar la educación y consejería a la paciente en los siguientes aspectos:

- Procedimientos de ingreso a la institución:
 - Historia clínica.
 - Práctica de exámenes de laboratorio.
 - Práctica de Papanicolau
 - Resultados de ecografía.
 - Resultados de cardiografía.

- Relaciones que tendrá con otros servicios Rayos X, laboratorio, dietoterapia.
- Resumen de los exámenes o pruebas a las que será sometido.

- Acción que se espera en el paciente durante el mismo.
 - Acciones para evitar el temor.
Consejería para evitar ansiedad.
 - Consejería contra la depresión.

- Tiempo de duración: 2 a 3 horas.

- Efectos del procedimiento:
 - Indicar el procedimiento: Las causas por las que se realiza la intervención quirúrgica (endometriosis, sangrado vaginal, mioma, cáncer, etc.).
 - Indicar la importancia del resultado de la biopsia, de acuerdo a esto se realiza el tratamiento clínico, si el caso amerita).
 - La incisión infraumbilical media, es la más indicada para la histerectomía abdominal.
 - Explicar el tipo de anestesia
 - General.
 - Conductiva, en este último caso puede ser epidural, espinal.
 - Explicar que el personal está capacitado, preparado y con experiencia para realizar la intervención quirúrgica.

- La recuperación depende del tiempo quirúrgico, del síndrome de adherencia, que significa que las pacientes que ya han tenido intervenciones como cesárea, por ejemplo, la rehabilitación es más demorada, que cuando la paciente nunca ha sido intervenida.
 - Indicarle a la paciente, que no tendrá problemas al mantener relaciones sexuales, por el contrario, serán más satisfactorias porque cesará el dolor que produce la enfermedad que tiene actualmente la paciente.
 - Además la paciente no presentará cefalea ni disminución de la libido, por tanto, no tendrá ningún problema después de la recuperación de la cirugía.
- Terminología que necesita conocer el paciente para entenderse con el personal de salud y comprender lo que hablan.
- Preparación para la cirugía:
 - Piel.
 - Medicamentos.
 - Cuidados de sus objetos personales, valores, y formas de consentimiento.
 - Última comida: líquidos, agua, sopa (consomé) hasta la tarde del día anterior, en la madrugada y al amanecer (NPO).
- Transporte al quirófano:
 - Silla.
 - Preocupaciones.
 - Seguridad.
 - Anestesia.
 - Sedación.
- Experiencias usuales en las salas de recuperación post-operatoria:
 - Despertar.
 - Obtención de signos vitales.
 - Venoclisis.
 - Transfusión de sangre, sondas.
 - Movimientos, ejercicios, respiración profunda, tos, drenes y apósitos.

- Naturaleza y grado de dolor que es posible que experimente:
 - Medidas para aliviarlo.
 - Cómo solicitar que se alivie.

- Aspectos relacionados al alta y a su cuidado en el hogar:
 - Baño.
 - Trabajo.
 - Sexo.
 - Alimentación, etc.

Principios del Cuidado del Paciente Ansioso

Dugas, considera que se debe tener en cuenta los siguientes principios en el cuidado del paciente ansioso: “Es más fácil aliviar un temor conocido, que la ansiedad cuyo origen se desconoce. Las personas sienten menos ansiedad cuando conocen lo que se les va a suceder.

Cuando las personas sienten que conservan cierto control de la situación, la ansiedad disminuye. Un sentimiento de despersonalización contribuye a la ansiedad...”

Rol de la Enfermera en el Alivio de la Ansiedad

Evitar la ansiedad en las pacientes que se van a someter a la histerectomía, es esencial para prevenir complicaciones y favorecer su rehabilitación. Esto es responsabilidad de Enfermería. Una de las causas de la ansiedad experimentada por la paciente es el temor a lo desconocido, en cuyo sentido la enfermera debe dar información necesaria al paciente respecto de su enfermedad, el tratamiento al que será sometido y las expectativas de cuidado y riesgo implicados, además de aclarar conceptos erróneos y explicar con mayor detalle y en términos más sencillos lo que otros le han comentado; por consiguiente la ansiedad puede reducirse mediante un programa de enseñanza, el cual es uno de los principales objetivos de Enfermería.

Mostrar una actitud de respeto y de interés positivos. Ser un consejero sustituto ciertas ocasiones ayuda al paciente. Sentarse a la cabecera a fin de observar, buscando conocer como el paciente ve su situación. A fin de ayudarlo mejor.”

Otros aspectos a incluir en la atención del paciente ansioso son:

- La enfermera debe reconocer la ansiedad de la paciente, conociendo la causa que puede desencadenarla, advirtiéndole los signos fisiológicos y conductuales.
- Animar verbalmente al paciente, que reconocerá y expresará su ansiedad, conservando una atmósfera placentera y de confianza.
- Ayudarlos a enfrentarse a lo que es ya una amenaza específica.
- La presencia de la enfermera, el empleo apropiado del tacto, cuidado físico, inflexiones en la voz, despejar dudas, escuchar a la paciente, ayudar a la paciente a aliviar su ansiedad.

CONSEJERÍA EN HISTERECTOMÍA EN EL PLANO SEXUAL Y AFECTIVO

Después de una histerectomía, el sexo puede ser tan placentero como lo era antes de la operación. Generalmente se recomienda esperar 3 meses después de la operación para el coito, aunque quizás pueda reanudar otros tipos de actividad sexual antes de esto. Si tiene resequedad vaginal durante el acto sexual, use un lubricante. Sea consciente de que una histerectomía impide el embarazo, pero no la protege contra enfermedades de transmisión sexual. Si tiene alguna preocupación, menciónesele a su pareja.

Después de la histerectomía, tal vez se sienta aliviada de no tener más síntomas, o triste por los cambios que ha experimentado su cuerpo. Si le quitaron los ovarios, quizás tenga fluctuaciones de humor naturales a medida que sus hormonas se adaptan al cambio. Esté pendiente de cómo se siente cada día. Si le preocupan las emociones que está sintiendo, hable con su médico.



Existe una creencia entre las pacientes que dicha cirugía altera las relaciones sexuales o tengan disminución de la misma. Este argumento es falso ya que existen estudios que demuestran que estos dos factores no se alteran.

Es posible que le preocupe no poder disfrutar de las relaciones sexuales después de la operación, o que su compañero no la encuentre tan atractiva. Hable con otras mujeres que han tenido esta operación. Tal vez le sorprenda saber que ellas todavía disfrutaban de una vida sexual activa y satisfactoria después de la histerectomía.

Cada mujer reaccionará de forma diferente a la operación. Es posible que le preocupe no poder disfrutar de las relaciones sexuales después de la operación, o que su compañero no la encuentre tan atractiva. Hable con otras mujeres que han tenido esta operación.

Una mujer sometida a una histerectomía puede llevar una vida sexual normal y obtener y entregar el mismo placer que antes de la operación.



Por lo general puede reanudar la actividad sexual dentro de 3 meses. Esta operación no debería cambiar su estilo de vida ni sus sensaciones sexuales.

INFORMACIÓN SOBRE EL TRANS –OPERATORIO

¿Cómo es sala de operaciones?: Es una habitación amplia limpia y con todos los elementos necesarios para una intervención quirúrgica.

¿Cuánto demora la operación?: El procedimiento toma de 1 a 3 horas dependiendo del grado de su cirugía. La recuperación después de la cirugía, la paciente será trasladada a la sala de recuperaciones. La duración del tiempo que los pacientes pasan en la sala de recuperaciones varía.

En la sala de recuperaciones, las enfermeras comprobarán atentamente su presión arterial, pulso, y el área quirúrgica. Le mantendrán lo más cómodo posible. Estará en la sala de recuperaciones de 3 a 4 horas o más dependiendo del grado de su cirugía. Oirá ruidos que salen de las máquinas que están en la habitación.

Cuando se complete el tiempo en la sala de recuperaciones, regresará a su habitación original. El personal de enfermería continuará comprobando con frecuencia cómo se encuentra.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POST – OPERATORIO.

Luego de la operación, la paciente pasa a la unidad de hospitalización, donde permanecerá hasta que se recupere de la cirugía y sea dada de alta. Durante este período, los cuidados se centrarán en la total recuperación de las pacientes y en conseguir su máximo nivel de independencia, es importante que las pacientes y familiares participen en lo posible en la realización de sus cuidados y que sean enseñados e informados para que puedan colaborar de forma eficaz y así evitar complicaciones como son la infección de la herida, entre otros.

Dentro de los cuidados que debemos tener en cuenta en la paciente tenemos:

Higiene, vestido y eliminación. – Son aquellas prácticas que dan como resultado un bienestar físico, mental y social. Permite activar la circulación evitar la contaminación, proporcionar comodidad y confort y evitamos infecciones. La

higiene matinal se realizara todos los días cubriendo la herida operatoria con una bolsa limpia sujetándola con esparadrapo, luego se continuara con el baño. Al terminar se proseguirá a curar la herida operatoria, si esta indicado por el personal de salud. Los materiales a utilizar son:

- Toalla grande. Jabón
- Champú Cepillo y pasta dental
- Hisopos Esparadrapo
- Modulo educativo para las pacientes programadas para una histerectomía.

Ejercicios respiratorios. – Para conseguir una expansión pulmonar adecuada que permita el intercambio gaseoso, se menciona al paciente a que realice los ejercicios respiratorios. Para mejorar la función respiratoria, a veces habrá que administrar oxígeno, o se le aspiración de secreciones, etc. Consiste en una inspiración profunda a fin de que en la expiración lenta se estimule el reflejo tusígeno y favorezca la expulsión de secreciones a nivel bronquial ya que esto puede comprometer la salud del paciente.

Si el paciente tiene secreciones, deberá realizar ejercicios para toser eficazmente, es con las rodillas dobladas, colocar las manos o una almohada sujetarse firmemente sobre la herida operatoria por encima de la bata. Hacer cinco respiraciones profundas y enseguida toser. Al toser correctamente no se abrirá la herida. Pero la tos puede estar contraindicada en el postoperatorio de pacientes sometidos a una intervención de oído, ojo, neurocirugía o reparación de una hernia de hiato o de hernias abdominales.

Movilización y deambulación. – La inmovilización prolongada es causa de muchas complicaciones y problemas postoperatorios. Por esto es importante que el paciente reanude su actividad física tan pronto como sea posible. Los familiares deben animarlos a que colaboren o realicen tanto los ejercicios activos como los pasivos, a que colaboren en sus cuidados, a que cambien de posición frecuentemente cuando están en cama, a que comiencen a sentarse en la cama tan pronto como puedan y a que inicien la deambulación precoz, si es posible, a las 24

horas de la cirugía, comenzando de forma paulatina y aumentando el ejercicio progresivamente.

Ya que movilización precoz del paciente mejoramos la ventilación pulmonar y evitamos acumulo de secreciones y movilizan las secreciones.

Recomendaciones:

- Al caminar se sujetara la zona de la herida operatoria para disminuir la sensación de dolor.
- Evitar recostarse sobre la herida quirúrgica.

Descanso y sueño. – Si el paciente descansa y duerme adecuadamente, se verá favorecida su recuperación. Las causas más frecuentes que impiden el descanso del paciente son el dolor y la ansiedad. El tipo de movilizaciones dependerá de la gravedad de la intervención quirúrgica y del estado del paciente. Según esto se sugieren diferentes alternativas:

- Cambios posturales.
- Movilizaciones activas o pasivas de los miembros superiores o inferiores.
- Masajes de los miembros inferiores.
- Vendaje ligeramente compresivo de los miembros inferiores para mejorar el retorno venoso.
- Deambulación precoz del paciente

La prolongación en la inmovilización, puede provocar en determinadas personas deterioros de la integridad de la piel (úlceras de decúbito) y que pueden ser difíciles de solucionar, estreñimiento, retraso en el proceso de cicatrización y otras afecciones a la salud de la pacientes que se va a ser histerectomizada, o durante la intervención.

RECUPERACIÓN EN CASA

- Usted podrá comer una dieta normal, tal y como lo tolere su cuerpo.
- Podrá bañarse. Lave la incisión con agua y jabón. No es necesario ponerse una gasa sobre la incisión.
- Incremente su nivel de actividad gradualmente cuando se sienta mejor y sin dolores.
- Puede viajar fuera de la ciudad, por auto o avión, después de 3 semanas de operada.
- Evite levantar objetos pesados por unas 4 semanas.
- Puede tener relaciones sexuales luego de 3 meses de operada.
- Dependiendo de cómo se sienta, puede retornar a sus ejercicios de rutina en 4 a 6 semanas después de su operación.
- Normalmente uno puede regresar a trabajar en 3 ó 6 semanas, pero será su médico quien le indique cuando hacerlo.

¿Cuáles son las medidas que se tiene que tener en cuenta para curar una herida operatoria?

- Lavarse las manos antes y después de curar la herida.
- Observar la piel y la herida operatoria (color, integridad, textura, temperatura)
- Cambiar los apósitos si están húmedos, comprobando si está manchado de sangre, sucio o supura.
- No apretar el apósito
- Usar antisépticos: alcohol yodado con gasa, para curar la herida.
- Acudir al hospital en caso de presentar complicaciones.

Alimentación. – La recuperación de los hábitos dietéticos normales es beneficiosa para el paciente, pues mejorará la función gastrointestinal y lo animará psicológicamente. Es normal tener menos apetito después de la cirugía. Esto podría regresar a lo normal cuando su nivel de actividad aumente.

Se debe elegir alimentos con contenido alto de proteínas para ayudar al cuerpo a sanar. Estos pueden incluir alimentos tales como: pollo, carne, queso, etc.

Tome mucho líquido e incluya fibra en su dieta, por ejemplo, frutas frescas, vegetales, y cereales, y panes integrales.

Comer estos alimentos y tomar mucho líquidos ayuda a prevenir la constipación. También promueve la función normal del intestino, especialmente si está tomando algún medicamento para el dolor. Y también Es importante incluir en la dieta un aporte suplementario de proteínas y vitamina C, ya que éstas favorecen el proceso de cicatrización y las defensas del organismo.

Evitar alimentos que provoquen náuseas y vómitos y gases.

Signos de alarma. – Mantener en observación la herida nos permitirá identificar precozmente signos de infección se debe informar inmediatamente al personal de salud:

- Calor, enrojecimiento
- Inflamación o secreción purulenta por la herida
- Fiebre (temperatura arriba de los 37.5 °C)
- Dolor de cabeza
- Sangrado abundante
- Mareos o malestar general, Náuseas y vómitos.
- Fluido transvaginal fétido o purulento.
- Aumento de la frecuencia urinaria o ardor al orinar que dure más de una semana.

7. HIPÓTESIS

La ansiedad emocional, estará relacionada con la falta de consejería de las usuarias que van a ser intervenidas de histerectomía.

Variable independiente:

- Ansiedad emocional.

Variable dependiente:

- Consejería de enfermería.

8. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y TÉCNICAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Métodos de investigación.

Esta investigación es de tipo analítica, descriptiva, retrospectiva porque se describe el problema que afecta a las pacientes con histerectomía, identificando sus causas y consecuencias, con el uso de variables cualitativas y cuantitativas.

Cualitativo porque estudia los siguientes aspectos: sexo femenino; enfermedades del útero como dolor pélvico, miomectomias; problemas psicológicos; cuidados enfermeros.

Cuantitativo porque se refiere a números y porcentajes, como son: Edad de la paciente, tiempo de estados, número de pacientes ingresados.

Universo y Muestra.

El universo está formado por 30 usuarias que ingresan a la sala Santa Cecilia y por 20 enfermeras entre Licenciadas y Auxiliares. Por ser el universo menor a 50 elementos, la muestra será igual al universo, por tanto, se encuestarán a 30 usuarias y a 20 enfermeras entre Licenciadas y Auxiliares.

Técnicas de recogida de datos.

Se utilizará la técnica de la encuesta (ver **anexos No. 2 y No. 3**) cuyo objetivo será evaluar los cuidados y orientación de las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía, mediante el uso del instrumento del formulario de encuestas.

Análisis e interpretación de la información.

En los siguientes cuadros y gráficos se procesará e interpretará la información obtenida de las encuestas.

9. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Encuesta dirigida al Personal de Enfermería.

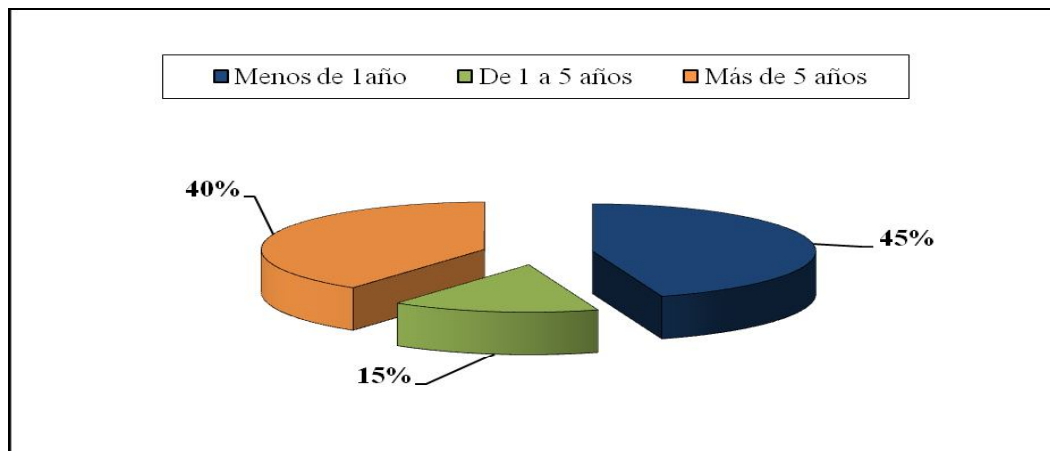
1) ¿Cuánto tiempo tiene brindando atención a pacientes que van a ser hysterectomizadas?

CUADRO No. 1
AÑOS DE LABORES

Descripción	Frecuencia	%
Menos de 1 año	9	45%
De 1 a 5 años	3	15%
Más de 5 años	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 1
AÑOS DE LABORES



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 40% tiene más de 5 años brindando atención a pacientes que van a ser hysterectomizadas, el 45% tienen menos de 1 año y el 15% tienen de 1 a 5 años brindando atención a pacientes que van a ser hysterectomizadas.

Interpretación: El personal de enfermería tiene menos de 1 año brindando atención a pacientes que van a ser hysterectomizadas, por lo que no tienen mucha experiencia.

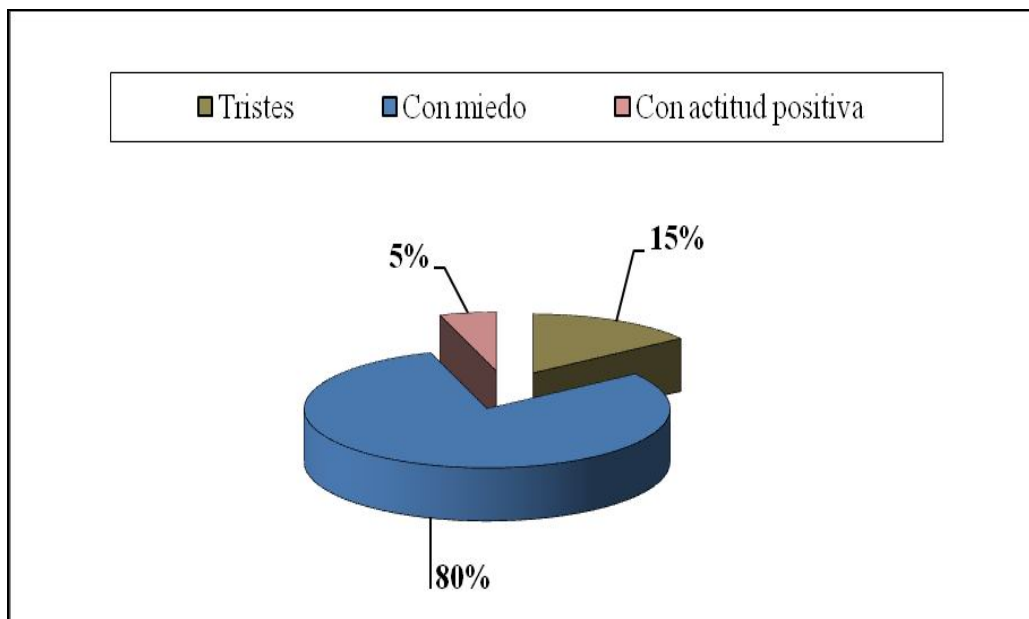
2) ¿Cómo ha observado a la mayoría de pacientes que van a ser hysterectomizadas?

CUADRO No. 2
OBSERVACIÓN DE PACIENTES ANTES DE HISTERECTOMÍA

Descripción	Frecuencia	%
Tristes	3	15%
Con miedo	16	80%
Con actitud positiva	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 2
OBSERVACIÓN DE PACIENTES ANTES DE HISTERECTOMÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 80% de pacientes que van a ser hysterectomizadas tienen miedo, el 15% se las observa tristes y al 5% mantienen una actitud positiva.

Interpretación: El personal de enfermería observa que las pacientes antes de ser intervenidas se muestran tristes y con miedo, en este momento es necesaria la ayuda de los profesionales y la familia que brinden apoyo y motivación a la paciente.

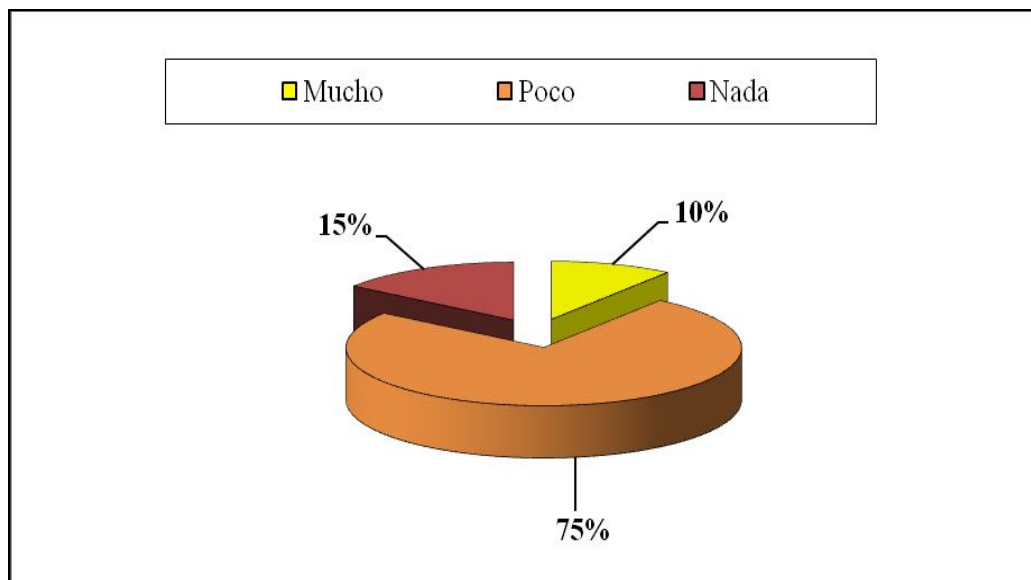
3) ¿Ha recibido capacitación en atención a pacientes que van ser hysterectomizadas?

CUADRO No. 3
HA RECIBIDO CAPACITACIÓN

Descripción	Frecuencia	%
Mucho	2	10%
Poco	15	75%
Nada	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 3
HA RECIBIDO CAPACITACIÓN



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 75% indica que ha recibido poca capacitación en atención a pacientes que van ser hysterectomizadas, el 15% indica que nunca ha recibido capacitación, el 10% si ha recibido suficiente capacitación.

Interpretación: El personal de enfermería no ha recibido capacitación, lo que incide para no se esté realizando una eficiente consejería en enfermería especializada en hysterectomía, afectando con ello a las pacientes que sufren estados depresivos y ansiedad, sin que se haya podido controlar este problema.

4) ¿Proporciona consejería a las pacientes que van a ser hysterectomizadas?

CUADRO No. 4

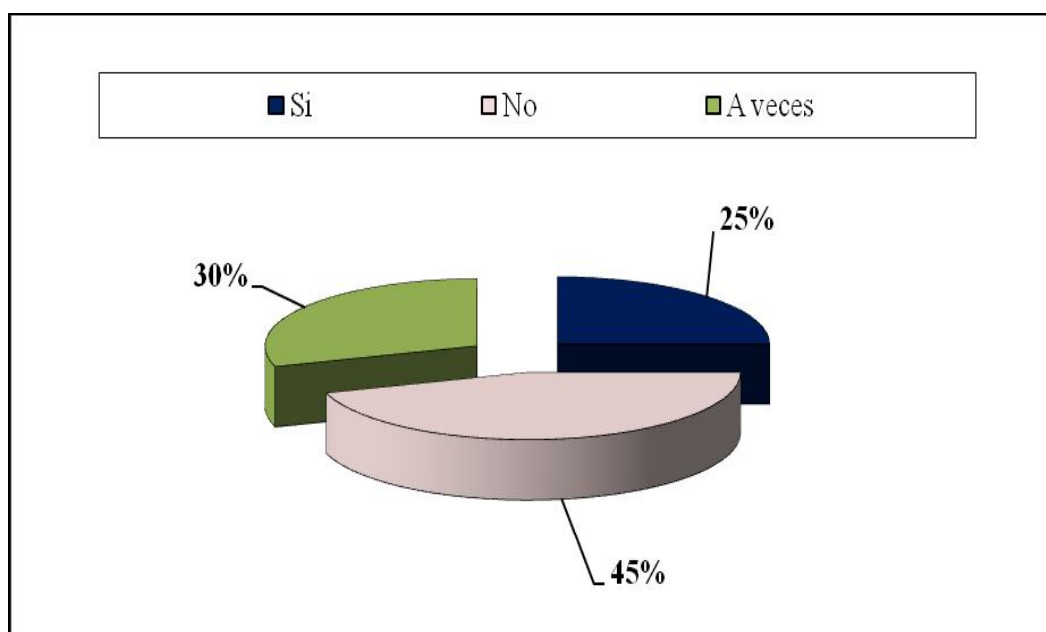
PROPORCIONA CONSEJERÍA A LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS

Descripción	Frecuencia	%
Si	5	25%
No	9	45%
A veces	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 4

PROPORCIONA CONSEJERÍA A LAS PACIENTES HISTERECTOMIZADAS



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 45% indica que no proporciona consejería a las pacientes que van a ser hysterectomizadas, el 30% a veces y el 25% señala que si proporciona consejería general a las pacientes que van a ser hysterectomizadas.

Interpretación: El personal de enfermería no proporciona consejería a las pacientes que van a ser hysterectomizadas, y el 25% que realiza consejería general para pacientes que van a ser intervenidas quirúrgicamente, sin explicar, informar ni orientar específicamente acerca de la intervención de hysterectomía.

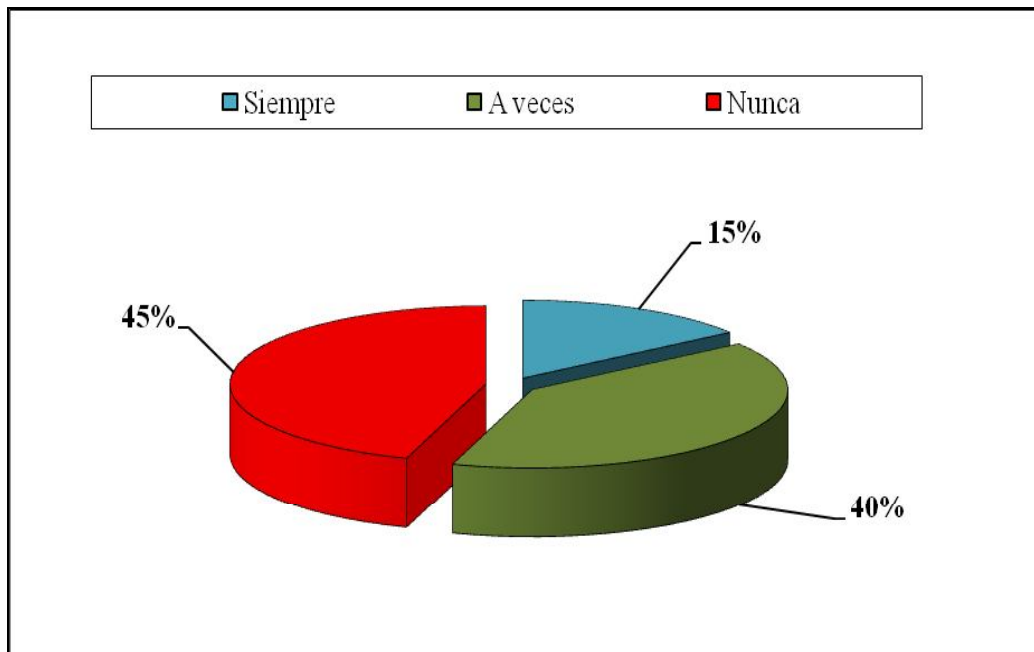
5) ¿Con qué frecuencia brinda consejería a las pacientes que van a ser hysterectomizadas?

CUADRO No. 5
FRECUENCIA DE CONSEJERÍA A LAS PACIENTES

Descripción	Frecuencia	%
Siempre	3	15%
A veces	8	40%
Nunca	9	45%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 5
FRECUENCIA DE CONSEJERÍA A LAS PACIENTES



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 45% indica que nunca brinda consejería a las pacientes que van a ser hysterectomizadas, el 40% a veces brinda consejería y el 15% siempre brinda consejería a las pacientes que van a ser hysterectomizadas.

Interpretación: El personal de enfermería proporciona consejería a las pacientes que van a ser hysterectomizadas a veces, sin embargo la consejería es muy importante para este tipo de pacientes.

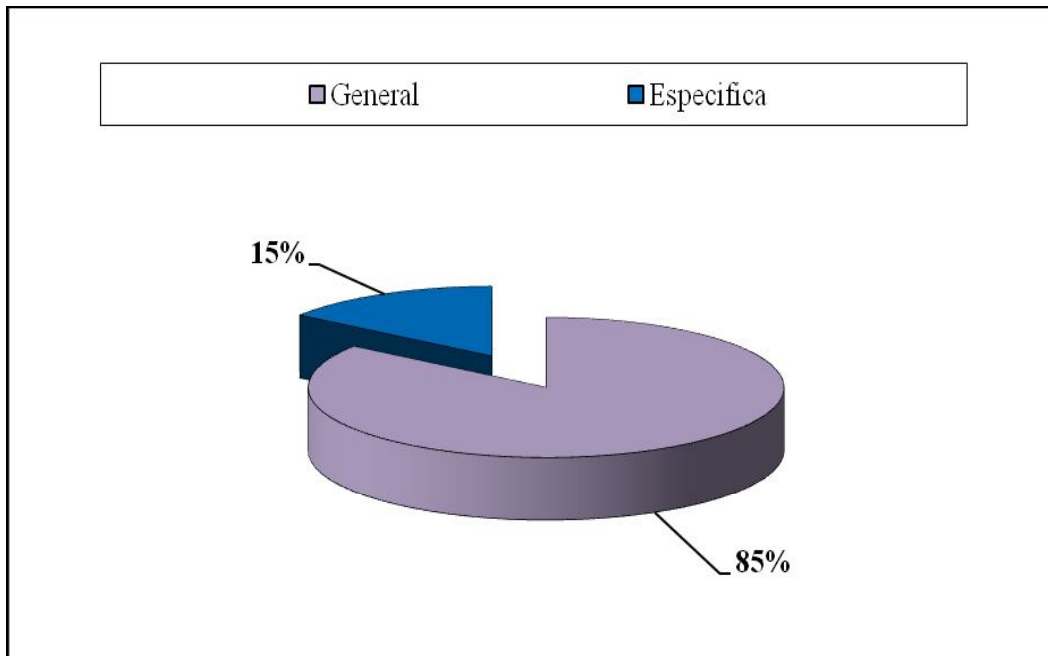
6) ¿Qué tipo de consejería brinda a las pacientes?

CUADRO No. 6
TIPO DE CONSEJERÍA

Descripción	Frecuencia	%
General	17	85%
Específica	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 6
TIPO DE CONSEJERÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 85% indican que el tipo de consejería que brinda a las pacientes es general y el 15% señala que el tipo de consejería que brinda es específica.

Interpretación: Las pacientes reciben consejería general, es decir el personal de enfermería las atiende de forma general no le brinda una consejería adecuada para su problema.

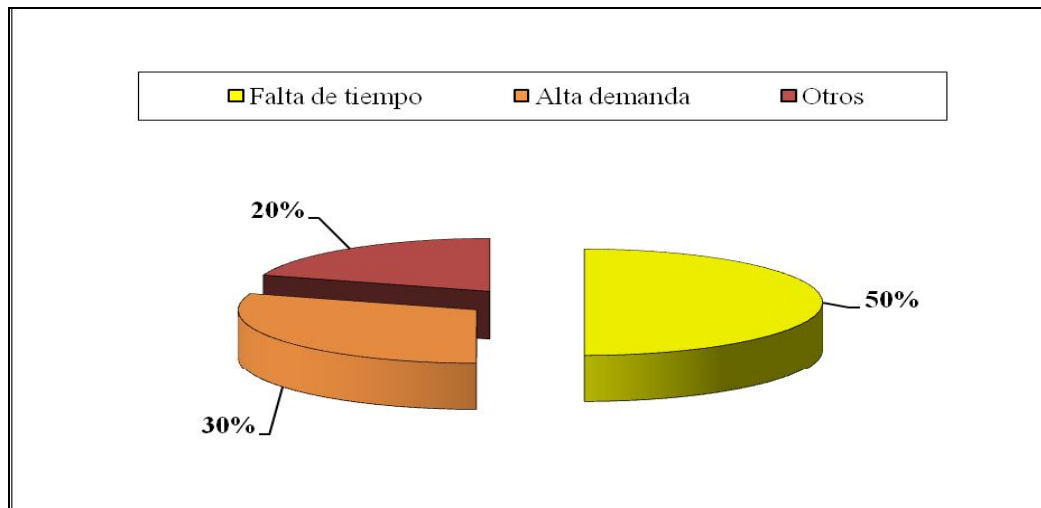
7) ¿Por qué causa usted no ha podido brindar consejería a las pacientes que van a ser histerectomizadas?

CUADRO No. 7
POR QUÉ NO BRINDA CONSEJERÍA

Descripción	Frecuencia	%
Falta de tiempo	10	50%
Alta demanda	6	30%
Otros	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 7
POR QUÉ NO BRINDA CONSEJERÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 50% indica que la causa por la que no ha podido brindar consejería a las pacientes que van a ser histerectomizadas es la falta de tiempo, el 30% señala que por la alta demanda de pacientes no lo hace y el 20% manifiesta otros motivos.

Interpretación: El personal de enfermería no ha podido brindar consejería específica a las pacientes que van a ser histerectomizadas, siendo una de las causas el desconocimiento y la falta de una guía documentada que señale al personal de enfermería el modo correcto de actuar con pacientes que van a ser sometidas a histerectomía.

8) ¿Dispone el Hospital de un manual de consejería en enfermería para orientar a las pacientes que van a ser hysterectomizadas?

CUADRO No. 8

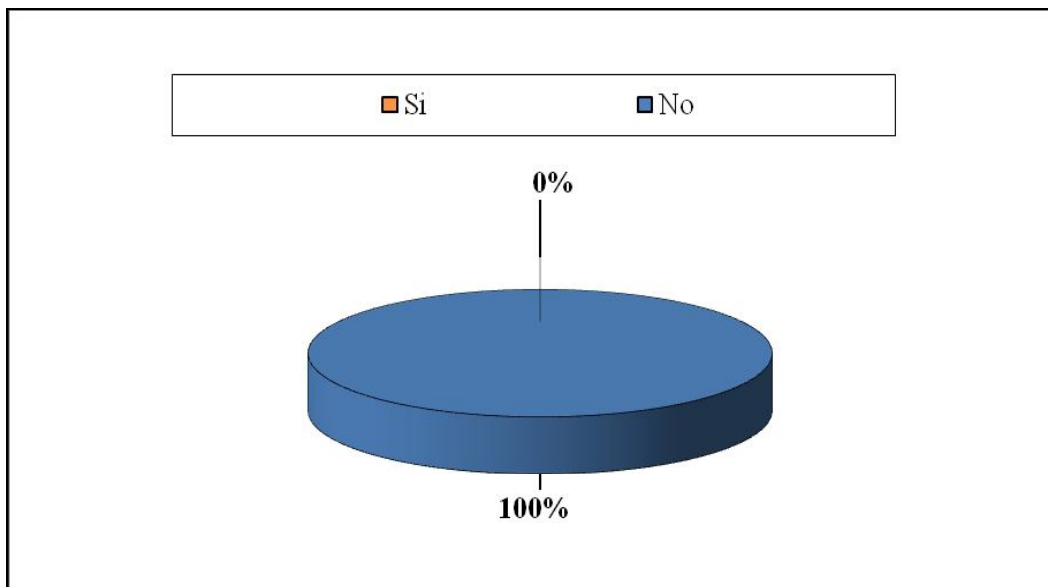
DISPONE DE UN MANUAL DE CONSEJERÍA EN ENFERMERÍA

Descripción	Frecuencia	%
Si	0	0%
No	20	100%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 8

DISPONE DE UN MANUAL DE CONSEJERÍA EN ENFERMERÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 100% del personal de enfermería indica que el Hospital no dispone de un manual para orientar la atención de enfermería a pacientes que van a ser hysterectomizadas.

Interpretación: El Hospital no dispone de un manual para orientar la atención de enfermería a pacientes que van a ser hysterectomizadas, es decir el personal realiza las actividades de atención de acuerdo a su experiencia y criterio más no bajo una guía que mejore la atención.

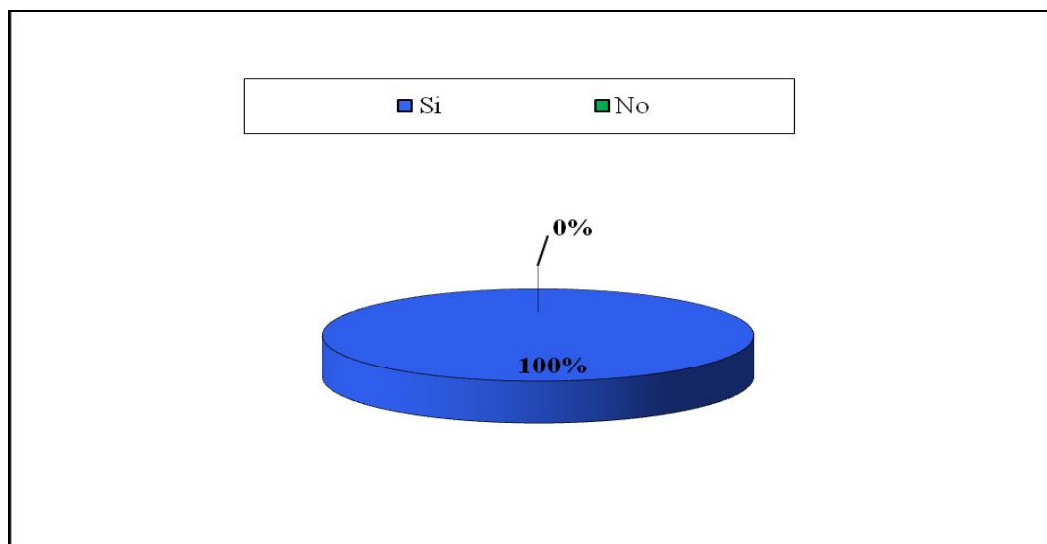
9) ¿Está de acuerdo que el Hospital disponga de una guía para orientar las actividades de atención de enfermería a pacientes que van a ser hysterectomizadas?

CUADRO No. 9
DEBE EL HOSPITAL DISPONER DE UNA GUÍA

Descripción	Frecuencia	%
Si	20	100%
No	0	0%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 9
DEBE EL HOSPITAL DISPONER DE UNA GUÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El personal de enfermería está de acuerdo que el Hospital disponga de una guía para orientar las actividades de atención de enfermería a pacientes que van a ser hysterectomizadas.

Interpretación: El Hospital no dispone de un manual para orientar la atención de enfermería a pacientes que van a ser hysterectomizadas, sin embargo el personal de enfermería está de acuerdo que el centro hospitalario disponga de una guía para orientar las actividades de atención de enfermería a este tipo de pacientes.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Encuesta dirigida al Pacientes que van a ser hysterectomizadas.

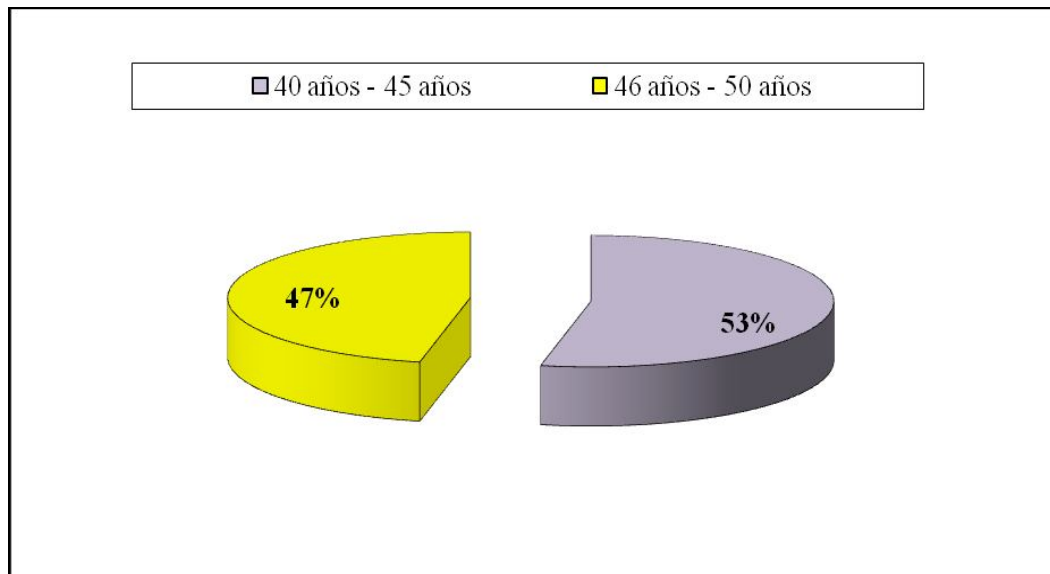
Edad de la paciente:

CUADRO No. 10
EDAD DE LA PACIENTE

Descripción	Frecuencia	%
40 años - 45 años	16	53%
46 años - 50 años	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 10
EDAD DE LA PACIENTE



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 53% de pacientes que van a ser hysterectomizadas están entre los 40 a 45 años y el 47% están entre los 46 a 50 años.

Interpretación: Las pacientes que van a ser hysterectomizadas están entre los 40 a 50 años de edad, por lo que quienes no hayan podido tener hijos hasta etapa de la vida, ya no podrán tenerlos, lo que significa que el personal de enfermería está obligado a proporcionar conserjería a las pacientes.

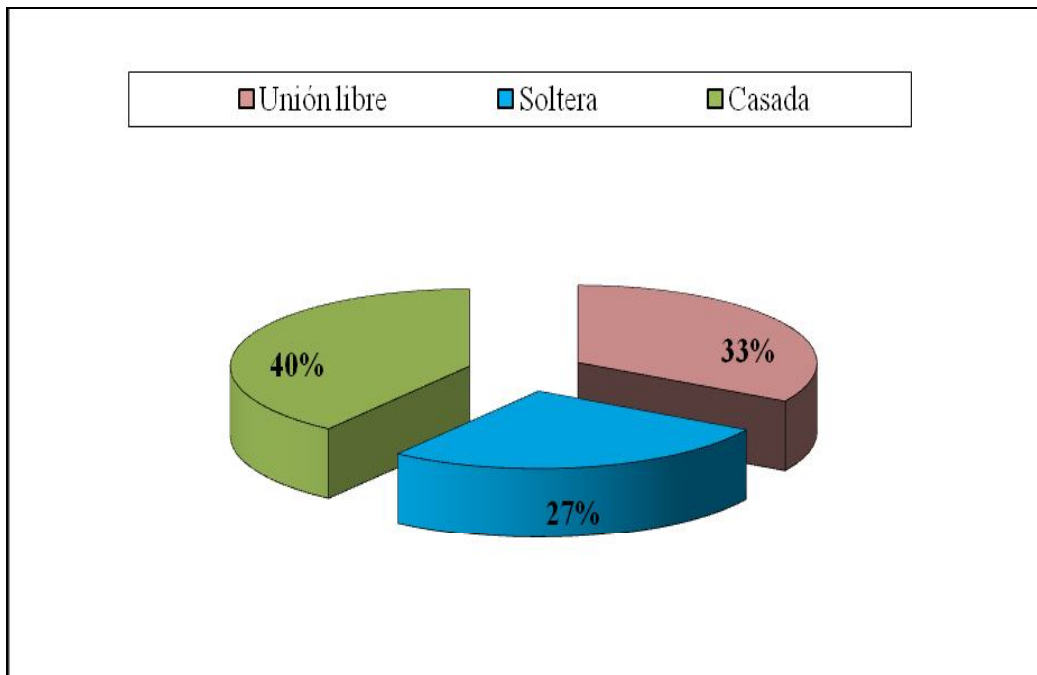
Estado Civil de la paciente:

**CUADRO No. 11
ESTADO CIVIL**

Descripción	Frecuencia	%
Unión libre	10	33%
Soltera	8	27%
Casada	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

**GRÁFICO No. 11
ESTADO CIVIL**



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 40% de pacientes que van a ser hysterectomizadas están casadas, el 33% viven en unión libre y el 27% están solteras.

Interpretación: Las pacientes que van a ser hysterectomizadas tienen parejas, a quienes también se les debe dar consejería para que estén pendientes de ellas y de su evolución luego de la intervención ya que necesitarán atención y sobre todo apoyo por parte de sus cónyuges, repercutiendo también en ellos la no consejería.

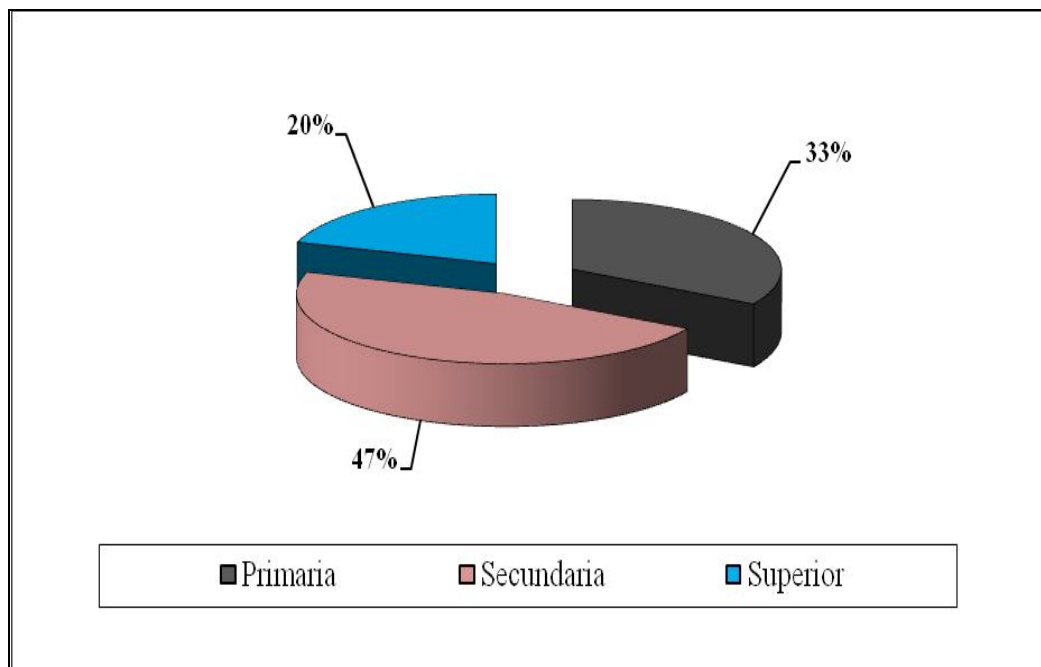
1) ¿Cuál es su nivel de instrucción?

CUADRO No. 12
INSTRUCCIÓN

Descripción	Frecuencia	%
Primaria	10	33%
Secundaria	14	47%
Superior	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 12
INSTRUCCIÓN



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 47% de pacientes que van a ser hysterectomizadas tienen instrucción secundaria, el 33% tienen instrucción primaria y el 20% cuentan con una instrucción superior.

Interpretación: Las pacientes que van a ser hysterectomizadas tienen instrucción primaria y secundaria, en algunos casos no son Bachilleres, por lo tanto, no tienen conocimientos adecuados acerca de lo que es una intervención quirúrgica, menos aun de hysterectomía.

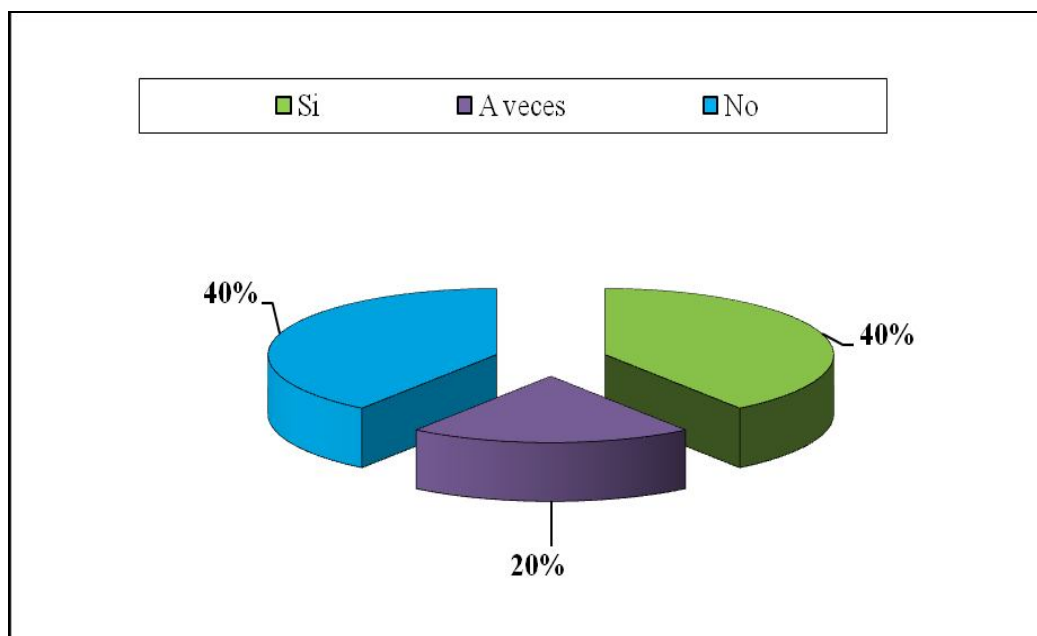
2) ¿Cree que es necesario que le hagan la histerectomía?

CUADRO No. 13
CONSIDERA NECESARIA LA HISTERECTOMÍA

Descripción	Frecuencia	%
Si	12	40%
A veces	6	20%
No	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 13
CONSIDERA NECESARIA LA HISTERECTOMÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 40% de pacientes que van a ser histerectomizadas consideran que la histerectomía no es necesaria, el 40% señala que es necesaria y el 20% considera que a veces es necesaria.

Interpretación: Las pacientes que van a ser histerectomizadas consideran que no es necesaria, debido a su desconocimiento sobre el tema las complicaciones que podría padecer posteriormente si no se realiza dicha intervención.

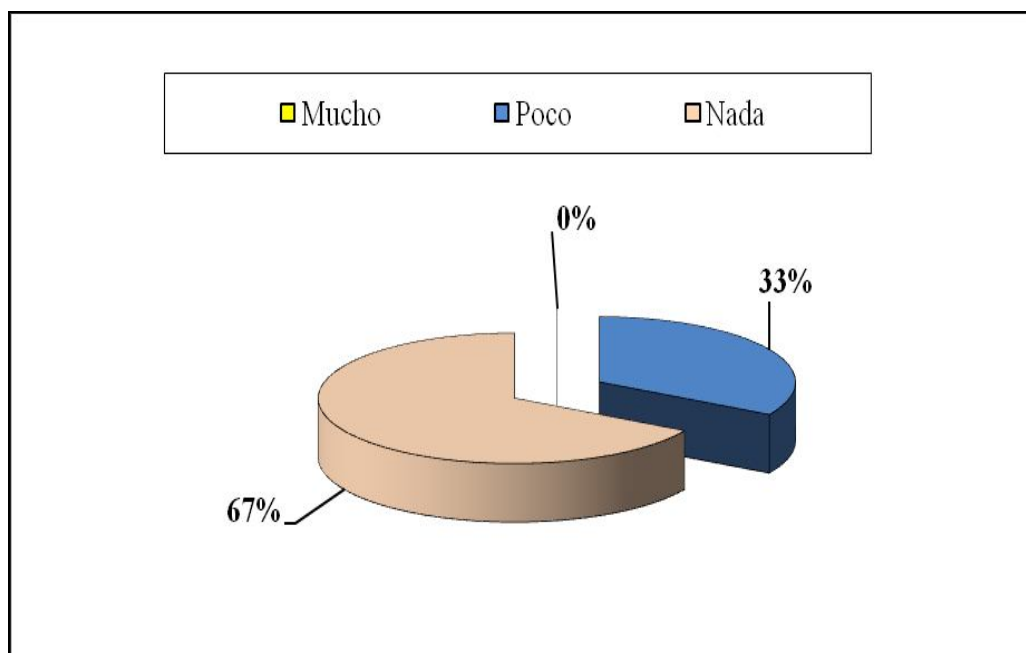
3) ¿Conoce qué es la histerectomía?

CUADRO No. 14
CONOCE QUÉ ES LA HISTERECTOMÍA

Descripción	Frecuencia	%
Mucho	0	0%
Poco	10	33%
Nada	20	67%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 14
CONOCE QUÉ ES LA HISTERECTOMÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 67% de pacientes que van a ser histerectomizadas desconocen que es la histerectomía, el 33% conoce poco sobre la histerectomía.

Interpretación: Las pacientes que van a ser histerectomizadas no tienen conocimiento sobre que es la histerectomía, es decir desconocen que se les va a realizar, cuales son los cuidados que deben tener luego de la intervención.

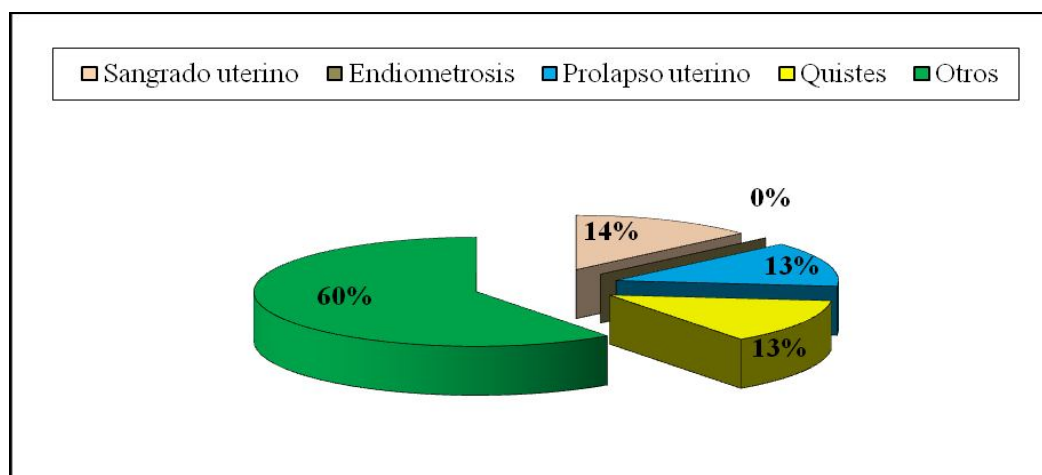
4) ¿Cuál fue la enfermedad que le diagnosticaron para realizarle la histerectomía?

CUADRO No. 15
ENFERMEDAD QUE LE DIAGNOSTICARON

Descripción	Frecuencia	%
Sangrado uterino	4	14%
Endiometrosis	0	0%
Prolapso uterino	4	13%
Quistes	4	13%
No conoce	18	60%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 15
ENFERMEDAD QUE LE DIAGNOSTICARON



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 14% de pacientes que van a ser histerectomizadas le diagnosticaron sangrado uterino, al 13% le diagnosticaron prolapso uterino, al 13% le diagnosticaron quistes y al 60% no conocen cuál es la enfermedad por la cual le diagnosticaron una intervención quirúrgica de histerectomía.

Interpretación: Las pacientes que van a ser histerectomizadas en una gran cantidad de casos no saben por qué causa le van a realizar histerectomía, debido a que no le han informado claramente al respecto, otras han sido diagnosticadas con sangrado uterino, prolapso uterino, quistes, etc.

5) ¿Sabe usted en qué tiempo puede tener relaciones sexuales después de la histerectomía?

CUADRO No. 16

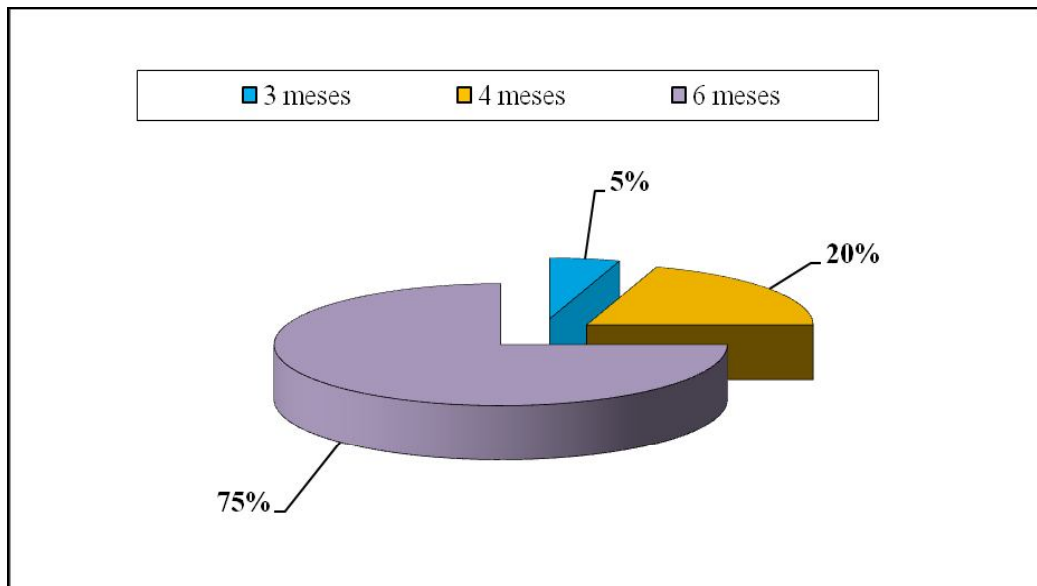
TIEMPO DE ABSTINENCIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA

Descripción	Frecuencia	%
3 meses	1	5%
4 meses	4	20%
6 meses	15	75%
Total	20	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 16

TIEMPO DE ABSTINENCIA DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 75% de las pacientes indica que deben esperar 6 meses para tener relaciones sexuales después de la histerectomía, el 20% señala que debe esperar 4 meses y el 5% manifiesta que debe esperar 3 meses.

Interpretación: Las pacientes que han sido intervenidas deben esperar un promedio de 3 meses para volver a tener relaciones sexuales después de la histerectomía, sin embargo, ellas responden que deben esperar 6 meses lo que pone de manifiesto su desconocimiento acerca del tema.

6) ¿Cómo ha influido en su estado de ánimo, tomar la decisión de someterse a la histercetomía?

CUADRO No. 17

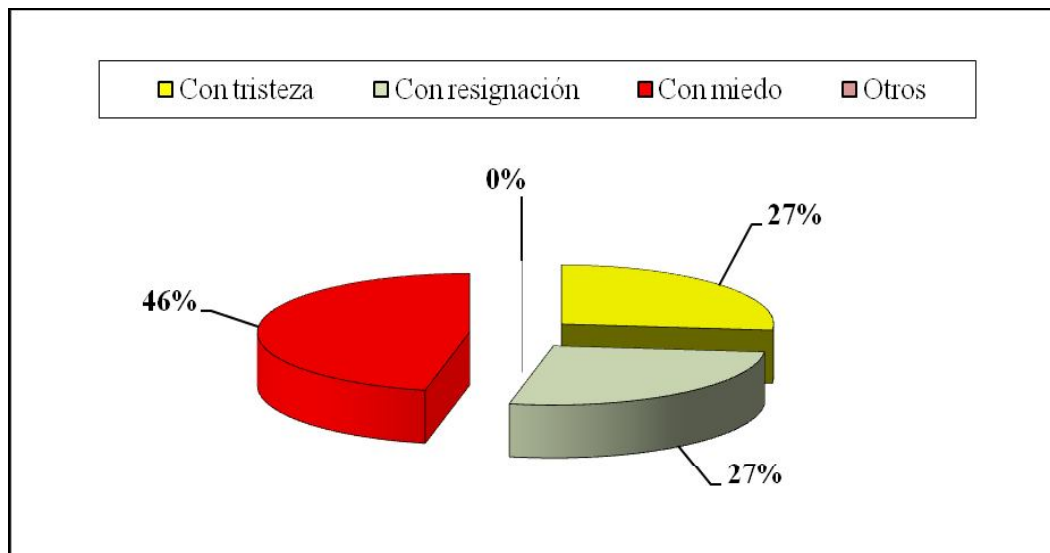
INFLUENCIA DE LA HISTERECTOMÍA EN SU ESTADO DE ÁNIMO

Descripción	Frecuencia	%
Con tristeza	8	27%
Con resignación	8	27%
Con miedo	14	47%
Otros	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 17

INFLUENCIA DE LA HISTERECTOMÍA EN SU ESTADO DE ÁNIMO



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 46% de pacientes que van a ser histerectomizadas sienten miedo al tomar la decisión de someterse a la histercetomía, el 27% sienten tristeza y el 27% toma la decisión con resignación.

Interpretación: La decisión de ser histerectomizadas ha sido recibida por las pacientes con miedo y tristeza, ya desconocen sobre el tema y saber que van a ser intervenidas les causa cambios en su estado de ánimo.

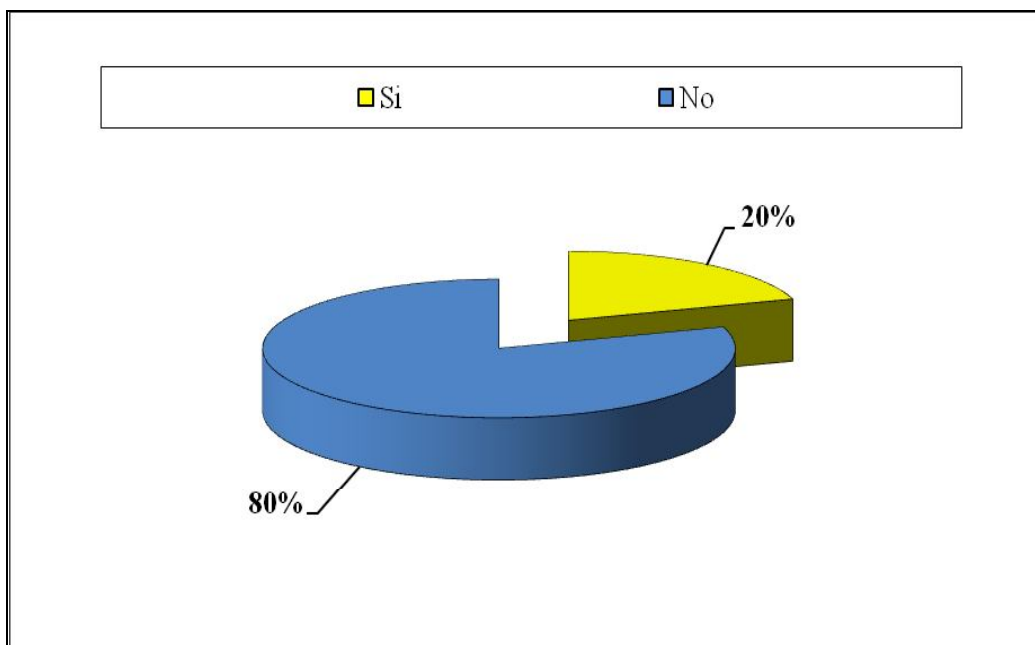
7) ¿Ha recibido consejería por parte del personal de enfermería?

CUADRO No. 18
HA RECIBIDO CONSEJERÍA

Descripción	Frecuencia	%
Si	6	20%
No	24	80%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 18
HA RECIBIDO CONSEJERÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 80% indica que no ha recibido consejería por parte del personal de enfermería y el 20% manifiesta que si ha recibido consejería por parte del personal de enfermería.

Interpretación: Las pacientes que van a ser histerectomizadas no han recibido capacitación por parte del personal de enfermería, por lo que desconocen del tema y sienten temor al saber que serán intervenidas.

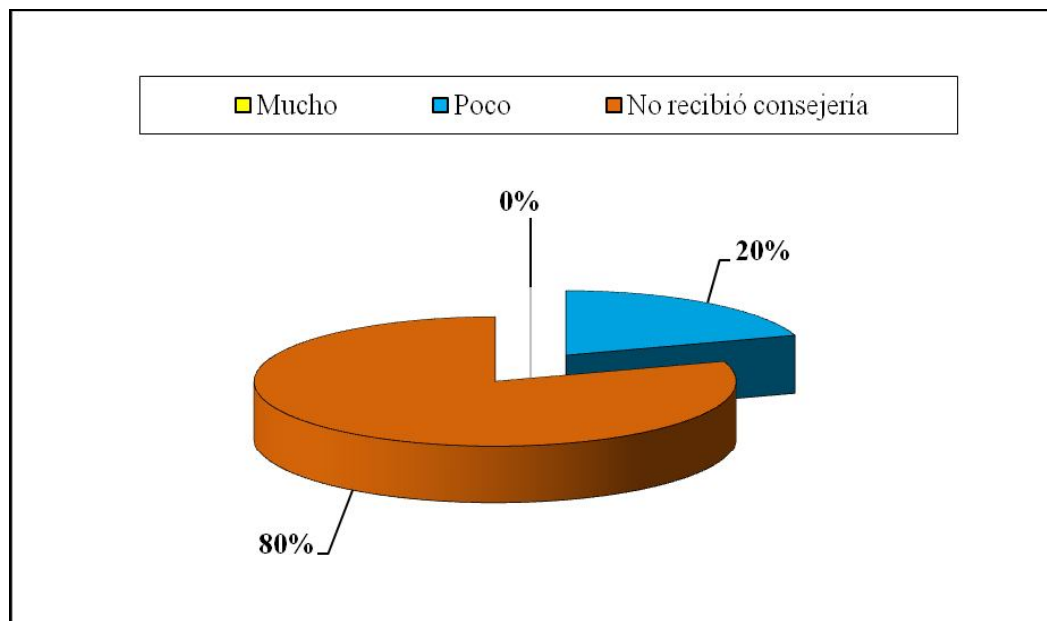
8) ¿La consejería que le brindó el personal de enfermería, le aclaró sus dudas?

CUADRO No. 19
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACLARÓ SUS DUDAS

Descripción	Frecuencia	%
Mucho	0	0%
Poco	6	20%
No recibió consejería	24	80%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 19
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACLARÓ SUS DUDAS



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 80% indica que no ha recibido consejería por parte del personal de enfermería y el 20% manifiesta que la consejería que le brindó el personal de enfermería, le aclaró poco sus dudas.

Interpretación: Las pacientes que van a ser hysterectomizadas no han recibido capacitación por parte del personal de enfermería, por lo que desconocen del tema y sienten temor al saber que serán intervenidas y las pocas que han recibido algún tipo de capacitación no tienen claro el tema.

9) ¿Se siente satisfecho con la atención del personal de enfermería, desde que decidió practicarse la histerectomía?

CUADRO No. 20

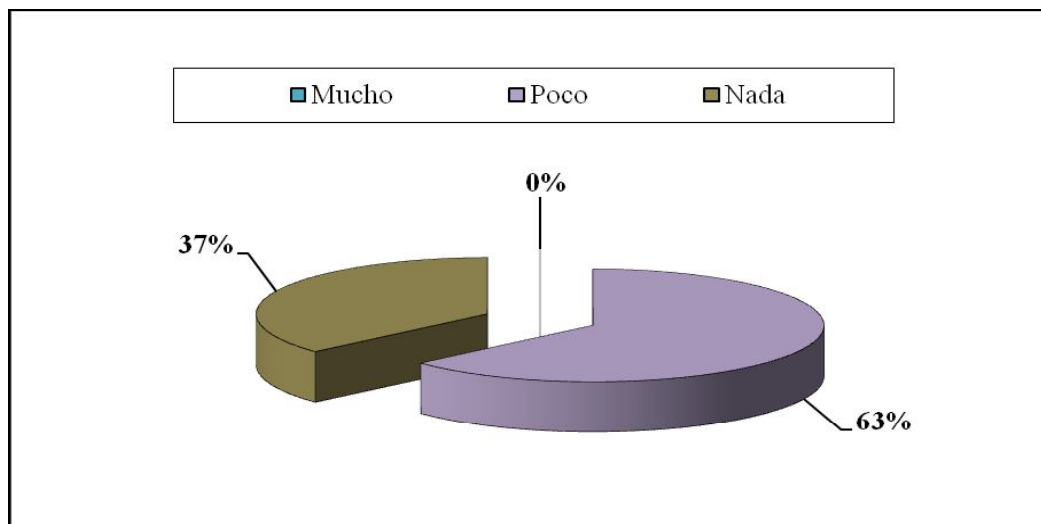
SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Descripción	Frecuencia	%
Mucho	0	0%
Poco	19	63%
Nada	11	37%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta.

GRÁFICO No. 20

SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA



Elaborado por: Maribel Barzola Jiménez.

Análisis: El 63% se siente poco satisfecho con la atención del personal de enfermería, desde que decidió practicarse la histerectomía y el 37% no siente satisfacción con la atención del personal de enfermería.

Interpretación: Las pacientes que van a ser histerectomizadas sienten poca satisfacción con la atención del personal de enfermería, desde que decidió practicarse la histerectomía, debido a que no ellas no despejan sus dudas sobre como es el proceso de la intervención, los cuidados que debe tener, porque se debe realizar la histerectomía entre otras interrogantes que toda paciente tiene antes de realizarse una cirugía.

10. CONCLUSIONES

La mayoría de las pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía desconocen los efectos post – quirúrgicos de la misma y sienten miedo por los mitos que suponen pasarán cuando le hayan extraído el útero, entre los que se citan la separación con sus parejas, afectación de sus relaciones sexuales, cefaleas constantes y otros efectos secundarios.

Las pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía experimentan altos niveles de ansiedad debido a que no han recibido la adecuada consejería de enfermería especializada en histerectomía, porque el personal de enfermería no está realizando este tipo de consejería, afectando con ello el estado emocional de la paciente, que en ocasiones no sabe ni siquiera por qué se va a someter a esta intervención quirúrgica.

El personal de enfermería no ha sido capacitado en lo correspondiente a la consejería de histerectomía además que no dispone de una guía que los oriente en brindar la consejería a las pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía.

Por este motivo, se ha propuesto la elaboración de una guía de consejería en enfermería especializada en las pacientes que van a ser sometidas a intervención quirúrgica de histerectomía, para que puedan aclarar las dudas de estas pacientes y procurar que lleven una vida normal y placentera después de la histerectomía, erradicando mitos y creencias que solo contribuyen a elevar sus niveles de ansiedad y depresión, por lo que se espera que esta guía de consejería mejore la calidad de vida de este tipo de pacientes.

11. RECOMENDACIONES

Dejar en claro a las pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía, que esta es necesaria para el restablecimiento de su salud, y, que con su aplicación podrán evitar las enfermedades uterinas que podrían causarles cáncer y hasta la muerte, si no son tratadas con la histerectomía, a sabiendas que la función del útero es reproductiva y que no afectará a ninguna otra función orgánica en la mujer.

Evaluar los niveles de ansiedad de las pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía, mediante escalas de valoración cuantitativa, para poder determinar el nivel de afectación de las pacientes y procurar mejorar su estado anímico previo, durante y en el post – quirúrgico.

Capacitar al personal de enfermería acerca de la ejecución adecuada del contenido de la guía de consejería de enfermería a pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía.

Brindar la información y orientación a la pacientes que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de histerectomía para que procuren su autocuidado en el hogar, una vez que hayan salido del post quirúrgico.

12. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Al analizar al personal de enfermería se ha podido identificar que algunas desconocen las causas que dan lugar a la histerectomía y que tampoco saben las medidas básicas de consejería que deben comunicar a las pacientes que se someterán a este tipo de intervención quirúrgica, como por ejemplo, el tiempo de abstinencia sexual y el autocuidado.

Entre los resultados de mayor importancia se cita que solo el 25% del personal de enfermería proporciona consejería general a las pacientes que van a ser sometidas a la histerectomía, mientras que el 75% de ellas responde que no ha recibido capacitación en este tema.

Además se ha podido conocer que el personal de enfermería no dispone de una guía que oriente en las intervenciones de consejería a las pacientes que van a ser sometidas a la histerectomía, sin embargo, consideran necesario que el centro hospitalario disponga de este documento que es una base para la atención a este tipo de usuarias que por lo general son afectadas por la ansiedad y la depresión, aspectos que pueden ser controlados con una buena consejería e información de enfermería.

En lo correspondiente a las pacientes que van a someterse a la intervención quirúrgica de la histerectomía, predominó el grupo de edad de 40 años, el 60% de ellas vive con su pareja, con nivel de instrucción secundaria no terminada en la mayoría de los casos, siendo el sangrado vaginal, los quistes, la endometriosis, las principales causas por las cuales se les diagnosticó la histerectomía como la solución a su problema, de la cual se originó en la mayoría de ellas el temor, la depresión y la ansiedad, porque consideran que la extirpación del útero puede desintegrar su hogar, terminar su relación marital con su pareja o les va a causar graves crisis de salud e insatisfacción en el plano sexual.

El 80% de las pacientes que se van a someter a la intervención quirúrgica de la histerectomía manifestaron no haber recibido consejería y que desconocen en sí

qué es la histerectomía y sus efectos secundarios, pero han escuchado que después de la operación pueden tener problemas en su salud y conflictos en sus hogares.

Por tanto, es concluyente que las pacientes que se van a someter a la intervención quirúrgica de la histerectomía desconocen qué es la histerectomía, lo que les ha ocasionado ansiedad, depresión y temor, lo que a su vez es causado porque el personal de enfermería no está brindando la consejería oportuna a las usuarias, debido a que ellas no disponen de una guía de intervenciones en esta materia y por la escasa capacitación en este tema.

La hipótesis de la investigación dice: “La ansiedad emocional, estará relacionada con la falta de consejería de las usuarias que van a ser intervenidas de histerectomía”.

Esta hipótesis es comprobable, con los instrumentos de la investigación que han sido utilizados, como son las encuestas al personal de Enfermería y a las usuarias que van a ser intervenidas de histerectomía, con cuyos resultados se puede sostener el criterio de que el incremento del riesgo de la ansiedad emocional, está relacionado con el desconocimiento y desorientación de las usuarias que van a ser intervenidas de histerectomía, siendo esta actividad una función del personal de Enfermería, de brindar consejería e información a las pacientes que van a ser sometidas a este tipo de intervención, más aun cuando se trata de casos de mujeres que no han tenido hijos o que creen que pueden perder a sus parejas y que se desintegrarán sus hogares como causa de esta enfermedad.

De la misma manera, se puede apreciar en la hipótesis, que una guía de intervenciones para que el personal de enfermería brinde consejería profesional a las pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía, podrá contribuir a calmar la ansiedad y la depresión que genera este tipo de intervención en las pacientes en el pre – operatorio, lo que permitirá que ellas puedan someterse sin problemas a este tipo de intervención y despejar dudas acerca de cómo actuar con su pareja y en sus hogares después de la histerectomía.

Por esta razón, esta guía de intervención estará dirigida al personal de enfermería, pero su aporte será principalmente para beneficio de las usuarias que van a ser sometidas a la intervención quirúrgica de la histerectomía, que deben conocer todos los pormenores de su intervención y tratar de vivir en la posteridad una vida sin temores que fortalezca su hogar y genere armonía y desarrollo en sus familiares.

13. BIBLIOGRAFÍA

Balagueró L. (2003), Cirugía vaginal. Clínica Ginecológica. Montevideo: Salvat, Cap 6. Primera Edición.

Botella, Lluís (1997), Tratado de Ginecología, Tomo I, Fisiología Femenina, Barcelona – España: Editorial Científico Médica, Undécima Edición.

Carreras, Viñas M. (1998), Caramés Bouzón J. Manual para iniciar un programa de Cuidados de Enfermería. Coruña: Fundación Juan Canalejo, Primera Edición.

De Eloarza, Martínez Gustavo (2006). Manual de Enfermería de Zamora. Buenos Aires: Editorial Zamora Ltda. Primera Edición.

Dugas, Beverly (2000). Tratado de Enfermería Práctica. España: Editorial McGraw Hill Interamericana. Cuarta Edición.

De Eloarza, Martínez Gustavo (2006). Manual de Enfermería de Zamora. Primera Edición. Editorial Zamora Ltda. Buenos Aires.

Júbez Hazbún Alfonso (2004). Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Editorial Omega, Tercera Edición.

Luckmanns (2001). Tratado de Enfermería, Tomo I. Filadelfia: Editorial Wbsaunders. 3era Edición.

Marriner Tomeey, Ann y Raile alligood Marta (2008). Modelos y Teoría de enfermería. Barcelona España: Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.

O'connell Smeltzer, Suzanne C. y Bare Brenda G Enfermería Médico Quirúrgico de Brunner y Suddarth Volumen I y II. México D.F.: Editorial McGraw-HILL Interamericana, Séptima Edición.

Ortiz, H. Rague, Marti J., Foulkes B. (1994). Indicaciones y Cuidados de la histerectomía. Buenos Aires: Editorial Nouwelaerts. Décima Edición.

Thompson, J. (2003), Histerectomía, Ginecología Quirúrgica. México D. F.: Editorial Linde, Tercera Edición.

Tucker (2011). Normas de Cuidado del Paciente. España: Editorial Oceano. Sexta Edición.

Romero Maciel, María De Los Ángeles (2008). Cuidados de Histerectomía. Buenos Aires: Editorial Pirámide. Tercera Edición.

ANEXOS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado a las pacientes que van a ser histerctomizadas.

Objetivo: Obtener información acerca de la caracterización de la población de pacientes que van a ser histerctomizadas.

Edad:

Estado Civil:

1. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

Primaria

Secundaria

Superior

2. ¿Cree que es necesario que le hagan la histerectomía?

Si

A veces

No

3. ¿Conoce qué es la histerectomía?

Mucho

Poco

Nada

4. ¿Cuál fue la enfermedad que le diagnosticaron para prescribirle la histerectomía?

Sangrado uterino

Endiometrosis

Prolapso uterino

Quistes

Otros

5. ¿Sabe usted en qué tiempo puede tener relaciones sexuales después de la histerectomía?

3 meses

4 meses

6 meses

6. ¿Cómo ha influido en su estado de ánimo, tomar la decisión de someterse a la histercetomía?

Con tristeza

Con resignación

Con miedo

Otros

7. ¿Ha recibido consejería por parte del personal de enfermería?

Si

No

8. ¿La consejería que le brindó el personal de enfermería, le aclaró sus dudas?

Mucho

Poco

No recibió consejería

9. ¿Se siente satisfecho con la atención del personal de enfermería, desde que decidió tomar la decisión de practicarse la histerectomía?

Mucho

Poco

Nada

GRACIAS POR SU COLABORACION.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

La recolección de datos de esta investigación se ha realizado al personal de enfermería de la Sala Santa Cecilia del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el 2012.

Objetivo: Obtener información de manera confidencial sobre la atención a las pacientes con histerectomía.

1. ¿Cuánto tiempo tiene brindando atención a pacientes que van a ser histerectomizadas?

Menos de 1 año

De 1 a 5 años

Más de 5 años

2. ¿Cómo ha observado a la mayoría de pacientes que van a ser histerectomizadas?

Tristes

Con miedo

Con actitud positiva

3. ¿Ha recibido capacitación en atención a pacientes que van ser histerectomizadas?

Mucho

Poco

Nada

4. ¿Proporciona consejería a las pacientes que van a ser histerectomizadas?

Si

No

A veces

5. ¿Con qué frecuencia brinda consejería a las pacientes que van a ser histerectomizadas?

Siempre

A veces

Nunca

6. ¿Qué tipo de consejería brinda a las pacientes?

General

Específica

7. ¿Por qué causa usted no ha podido brindar consejería a las pacientes que van a ser histerectomizadas?

Falta de tiempo

Alta demanda

Otros

8. ¿Dispone el Hospital de un manual de consejería en enfermería a pacientes que van a ser histerectomizadas?

Si

No

9. ¿Está de acuerdo que el Hospital disponga de una guía para orientar las actividades de atención de enfermería a pacientes que van a ser histerectomizadas?

Si

No

GRACIAS POR SU COLABORACION.

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Autora solicitando permiso para realizar la investigación a la Jefa de Santa Cecilia



Encuesta aplicada a pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Encuesta aplicada a pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía

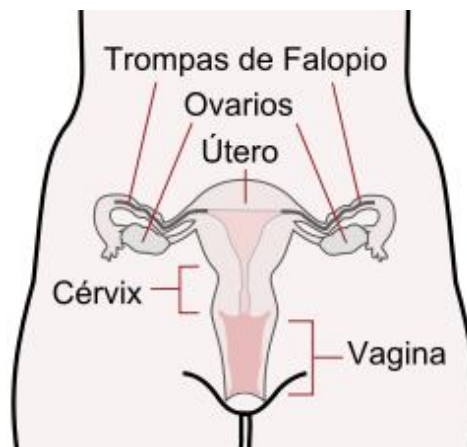
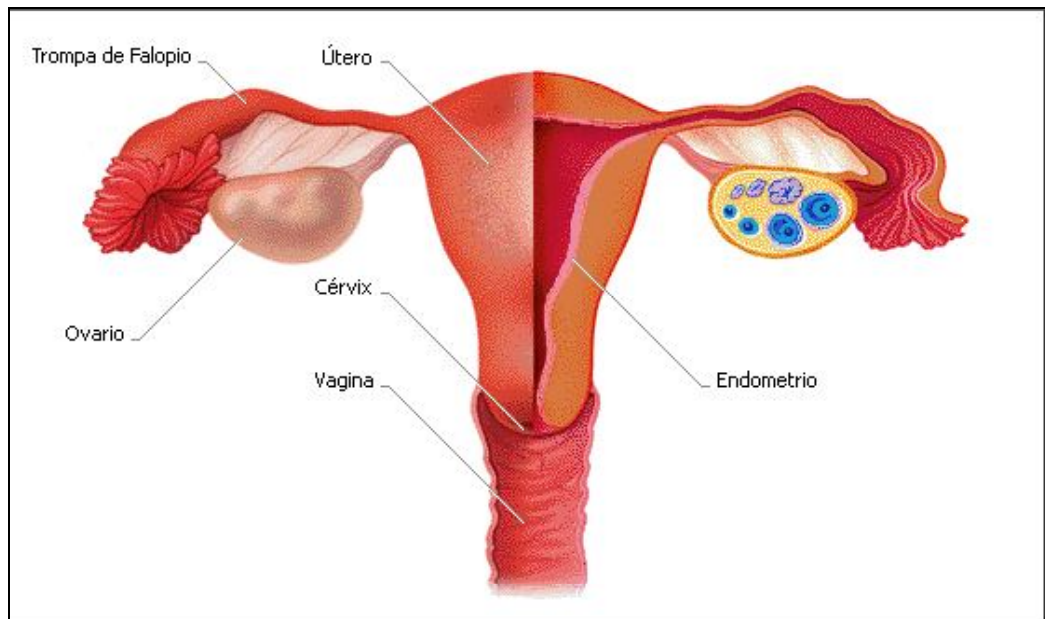


Encuesta aplicada a pacientes que van a ser intervenidas de histerectomía

PRESUPUESTO

#	Items	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Observaciones
1	Investigadores	2	-----	-----	Investigadores
2	Computadora	2	-----	-----	Se tiene este recurso
3	Impresiones	1200	0,10	120	
4	Uso de internet (horas)	30h	0,75	22,50	
5	Pendrive	2	-----	-----	Se tiene este recurso
6	Copias	500	0,03	15	
7	Anillado	6	1	6	
8	Empastado	9	10	90	
9	Cámara fotográfica	1	-----	-----	Se tiene este recurso
10	Lapiceros	4	0,50	2	
11	Lápices	4	0,50	2	
12	Borrador	2	0,50	1	
13	Transporte	50	0,80	40	
14	Refrigerios	60	2,50	150	
15	Encuestas	396	1,00	396	
	Subtotal			844,5	
	Imprevistos (10%)			84,45	
	Total			928,95	

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO



HISTERECTOMÍA PARCIAL Y TOTAL.

